



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

DEPARTAMENTO

TEORÍA E HISTORIA DE LA EDUCACIÓN Y PEDAGOGÍA SOCIAL

Tesis Doctoral

**ACTUALIDAD FORMATIVA ANDALUZA EN
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN
E HIPERACTIVIDAD**

D^a Rosa Domínguez Martín

Sevilla, 2017



TESIS DOCTORAL

ACTUALIDAD FORMATIVA ANDALUZA EN TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

D^a Rosa Domínguez Martín



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

DEPARTAMENTO

TEORÍA E HISTORIA DE LA EDUCACIÓN Y PEDAGOGÍA SOCIAL

**ACTUALIDAD FORMATIVA ANDALUZA EN
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD
Tesis Doctoral**

Dirigida por

Presentada por

Dra. D^a Clara Romero Pérez

D^a Rosa Domínguez Martín

Sevilla, 2017

*Para hacerme poderosa
solo necesito una cosa:
educación*
- Malala Yousafzai

*Nunca te puedes rendir,
todo pasa y todo llega.
Lucha siempre.*
- Pablo Ráez

AGRADECIMIENTOS

Estas letras son para mí las más difíciles de escribir, y las más bonitas. Este apartado cierra una etapa, llegué a la meta, algo nuevo está a punto de comenzar. El tiempo nos da la perspectiva suficiente para ser capaces de agrupar en unas letras todos los engranajes que han hecho que esto funcione, que este trabajo salga a la luz.

En primer lugar quiero agradecer al Departamento de Teoría e Historia de la Educación y Pedagogía Social. Especialmente a mi Grupo de Investigación en Educación Emocional y Dramatización (GRIEED) por hacerme sentir parte, por compartir, por enseñarme tanto.

Gracias a Luis, mi maestro. Él apostó por mí y mi creatividad cuando me sentí perdida, él me hizo creer que si quiero puedo y me ayudó a querer. Hemos compartido muchas horas de clases, tutorías, exámenes y correcciones. Gracias por darme la oportunidad, por darme la libertad y la confianza, por valorarme de la forma que lo haces. Gracias.

Con profunda admiración quiero agradecer a Clara cada minuto de acompañamiento. Ella conoció a esa pequeña Rosa que comenzaba a ser Pedagoga y me ha visto crecer, hasta 10 años después encontrarnos donde estamos hoy. Te doy las gracias por ser tan metódica y ordenada, tan *germánica*, por cada consejo, por contar conmigo. Gracias por hacerme partícipe de todo lo que puedo serlo, por ser tan sincera y transparente. Siempre has sido un referente para mí, desde aquellas horas en las aulas de la Facultad de Psicología y Filosofía. Hay muchas personas que han aportado su grano de arena, pero tengo muy claro que sin ti esto jamás habría salido adelante. Gracias, de corazón. Me faltan palabras para expresar toda la gratitud que siento.

A los miembros de este Tribunal, por dedicar su tiempo y esfuerzo a la lectura de mi humilde aportación científica. Espero que esté a la altura de sus expectativas.

Gracias a Ernesto, porque apareció de forma inesperada en mi vida para no marcharse jamás. Eres para mí ese faro que luce en las noches de incertidumbre científica. Gracias por animarme en este camino arduo y solitario. Gracias por estar siempre a mi lado, aunque tengamos cientos de kilómetros de por medio. Gracias por tanto, tú sabes lo especial que eres para mí.

Los amigos son aquellas personas con las que se comparten alegrías y también preocupaciones, son los que siempre están ahí. Gracias a Domingo e Isabel, amigos y

testigos de alegrías, porque cada fin de semana sois un suspiro de aire fresco. Gracias también a mis pedagogas, las que iniciaron el camino a mi lado, con las que compartí horas y horas de trabajos, exámenes y biblioteca, con las que hablar de educación. En especial a Ingrid, porque no importa el tiempo que pasemos sin vernos que nada cambia entre nosotras.

Gracias Carmen, por ser esa sorpresa que jamás esperé, por repetirme cada momento que estás orgullosa de mí y que voy a conseguir lo que quiera. Por ser ejemplo de vida, por las palabras que nos unen. Gracias por convertirte en tanto, por dejarme ser parte de tu familia.

A Rosario, mi yo en otro cuerpo. No sé explicar con palabras lo que significa nuestra amistad para mí. Me conoces tanto que a veces da miedo. Eres ese alguien con quien puedo hablar de todas mis rarezas sin sentirme rara. Eres el sonido de la lluvia en una noche oscura, con quien compartir secretos y confesiones. Siempre apoyándome, siempre estando, siempre haciéndome sonreír. Por todas las aventuras que nos quedan por vivir. Gracias por ser, simplemente, un regalo para mí.

Por supuesto, mi familia. A mis padres, por la paciencia infinita que me demuestran a diario. Por estar a mi lado en cada paso del camino, por aconsejarme y estar siempre que os necesito. Gracias porque, pase lo que pase, estáis ahí. A mi hermana, por recuperar el significado de la palabra, por confiar en mí cuando necesita ayuda en lo que más le importa, por todo lo que vendrá. Gracias también a Miguel Ángel y Toñi porque cada uno de mis logros lo hacéis vuestro y os alegráis, con el corazón. Por hacerme sentir una hija más. A Sonia, porque nos une el amor por la Pedagogía, porque me haces sentir importante, tu hermana mayor. A mi abuela, mi tía, los que no he podido nombrar y los que no están, porque sois mi fuerza interior para seguir.

A Adrián, mi futuro marido. Por hacer que todos los sueños sean alcanzables. Por ser el impulso cada día para levantarme y cambiar el mundo. Por tu paciencia infinita ante las interminables horas de encierro. Por compartir cada éxito, porque juntos podemos con todo. Gracias por hacer posible que defienda mi Tesis Doctoral y me convierta en tu mujer en el mismo año, nuestro año. Eres lo mejor que me ha pasado en la vida. Este trabajo va por ti.

ÍNDICES

ÍNDICE DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS	9
------------------------------	----------

RESUMEN	
----------------------	--

SECCIÓN I: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

I. Introducción y justificación del trabajo de investigación	39
II. Hipótesis y objetivos de investigación	42
III. Diseño y estructura de la investigación	45

SECCIÓN II: MARCO TEÓRICO

Capítulo 1: El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad:

Aproximación conceptual	53
1.1 Orígenes Históricos	56
1.1.1 Finales del siglo XVIII	56
1.1.2 Siglo XIX	57
1.1.3 Primera mitad del siglo XX	59
- La descripción de Still	60
- La influencia de la epidemia de encefalitis	61
- Los orígenes del Síndrome de Daño Cerebral	62
- La relación entre psicofarmacología y TDAH	63
- La aparición del Síndrome de Impulso Hiperactivo	63
1.1.4 La década de los sesenta, siglo XX	64
- El incremento de la Hiperactividad y su síndrome	64
1.1.5 El período de 1970 a 1979	65
- Otros progresos de la época	67
1.1.6 El período de 1980 a 1989	68
- La emergencia del Desorden por Déficit de Atención	68
- Del Desorden por Déficit de Atención al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)	68
- Otros progresos de la época	69

1.1.7 El período de 1990 a 1999	69
- La investigación en Neuroimagen	70
- Investigaciones sobre genética	70
- Otros progresos de la época	70
1.1.8 Nuevo siglo y milenio: del 2000 a nuestros días	71
1.2 Resumen	73
1.2.1 El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: principales transformaciones conceptuales	75
1.3 Comorbilidad y causalidad múltiple	77
1.3.1 Trastornos emocionales y del afecto	80
- TDAH y Trastornos de Ansiedad	80
- TDAH y Depresión	81
1.3.2 Trastornos del aprendizaje	82
1.3.3 Trastornos del comportamiento	82
1.4 Modelos teóricos explicativos del TDAH en la actualidad	84
1.4.1 Modelo de Virginia Douglas	84
1.4.2 Modelos basados en la hipótesis de procesos cognitivos	86
- Modelo de Autorregulación de Barkley	87
- Modelo de Autorregulación de Thomas E. Brown	89
- Modelo Cognitivo-energético	91
- Modelo de Déficit Atencional de Mirsky	92
1.4.3 Modelos basados en la hipótesis de procesos emocionales	92
1.4.4 Modelos basados en la hipótesis de dos o más vías	93
1.4.5 Modelos críticos	93
1.5 Adolescencia y TDAH	97
Capítulo 2: El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad:	
Resultados de investigación y perspectivas de estudio	107
2.1 El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: Resultados y hallazgos de investigaciones en el ámbito escolar	110
2.1.1 Estudios que definen los perfiles escolares de los afectados por el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	111

2.1.2 Investigaciones que relacionan el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y el aprendizaje académico	115
2.1.3 Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y profesorado	119
2.1.4 Familias y estilos educativos parentales de los afectados por el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y profesorado	121
2.2 Principales perspectivas científicas en la investigación sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	123
2.2.1 Neurología y clínica	123
2.2.2 Psicología	129
2.2.3 Pedagogía	132
- Estrategias de actuación basadas en el Enfoque Cognitivo-Conductual	135
- El tratamiento Multimodal	138
Capítulo 3: Problemáticas y necesidades en el abordaje educativo del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en España:	.
familia, profesorado y asociaciones de afectados por el trastorno	141
3.1 El abordaje del TDAH en la familia: principales dificultades	144
3.2 El abordaje del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad desde el asociacionismo	151
3.2.1 Consejo Nacional de la Discapacidad	158
3.2.2 Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH)	159
3.2.3 Federación Andaluza de Asociaciones de Ayuda al Trastorno Hiperkinético y Déficit de Atención (FAHYDA)	162
3.3 Necesidades formativas del profesorado para el abordaje escolar del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	163
Capítulo 4: Regulación normativa del abordaje del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el Sistema Escolar	175
4.1 Legislación vigente	178

4.2 Protocolos de actuación coordinada para el tratamiento del TDAH en España	184
4.2.1 Andalucía	186
4.2.2 Aragón	187
4.2.3 Principado de Asturias	187
4.2.4 Islas Baleares	188
4.2.5 Islas Canarias	188
4.2.6 Cantabria	189
4.2.7 Castilla-La Mancha	189
4.2.8 Castilla y León	190
4.2.9 Cataluña	190
4.2.10 Extremadura	191
4.2.11 Galicia	191
4.2.12 La Rioja	192
4.2.13 Comunidad de Madrid	192
4.2.14 Región de Murcia	192
4.2.15 Comunidad Foral de Navarra	196
4.2.16 País Vasco	198
4.2.17 Comunidad Valenciana	198
4.3 Protocolo andaluz de atención al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	199

SECCIÓN III: INVESTIGACIÓN Y CONCLUSIONES

Capítulo 5: Fundamentos del diseño y desarrollo de la investigación	205
5.1 Fundamentos y decisiones del diseño de investigación	208
5.1.1 Introducción	208
5.1.2 Justificación y finalidad	209
5.1.3 Objetivos de la investigación	213
5.1.4 Diseño de la investigación	216
- Investigación documental	216
- Análisis de contenidos	220
5.1.5 Variables implicadas en el estudio	223
5.1.6 Técnicas e instrumentos de recogida de información	225
5.2 Desarrollo de la investigación	226

5.2.1 Universo y muestra	226
5.2.2 Segmentación de la información	239
Capítulo 6: Resultados, análisis e interpretación de datos	243
6.1 Resultados y análisis de datos	246
6.1.1 Criterio: Modalidad	258
6.1.2 Criterio: Duración	260
6.1.3 Criterio: Homologación de la certificación	265
6.1.4 Criterio: Contenidos	267
6.2 Interpretación de datos	271
6.2.1 Relación Reglada y No Reglada, criterio: Modalidad	271
6.2.2 Relación Reglada y No Reglada, criterio: Duración	273
6.2.3 Relación Reglada y No Reglada, criterio: Homologación	277
6.2.4 Relación Reglada y No Reglada, criterio: Contenido	279
6.2.5 Relación criterios: Duración y Contenido	282
6.3 Conclusiones del análisis de los resultados	286
Capítulo 7: Recomendaciones para el diseño de actividades de formación para el abordaje educativo del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	289
7.1 ¿Por qué recomendaciones para el diseño de actividades de formación para el abordaje educativo del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad?	292
7.2 Datos a conocer de una actividad formativa	295
7.2.1 Datos de la entidad	295
7.2.2 Datos de la actividad ofertada	296
7.2.3 Datos estadísticos	297
7.2.4 Datos de interés académico	298
7.2.5 Datos económicos de interés	299
7.3 Contenidos para una acción formativa sobre TDAH dirigida a profesionales de la Educación	300
7.4 Objetivos a cumplir por las futuras formaciones sobre TDAH dirigidas a profesionales de la educación	302

Capítulo 8: Conclusiones	307
8.1 Revisión de objetivos	310
8.1.1 Objetivo general	311
8.1.2 Objetivos específicos	311
8.2 Limitaciones encontradas durante la investigación	315
8.3 Respuesta a los interrogantes de investigación	317
8.4 Conclusiones y reflexiones finales	319
BIBLIOGRAFÍA	327
ANEXOS	357

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Datos de contacto de las asociaciones españolas	357
Anexo 2. Convenio entre la Junta de Andalucía y FAHYDA	369
Anexo 3. Protocolo de actuación y coordinación TDAH andaluz	377
Anexo 4. Cuestionario enviado a las entidades de formación	385
Anexo 5. Compromiso de confidencialidad	387
Anexo 6. Carta de la dirección de la Tesis Doctoral	389
Anexo 7. Fichas descriptivas de las actividades formativas	391
Anexo 8. Propuestas FAHYDA para la elaboración del Protocolo	559

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Objetivos general y específicos de la investigación	43
Figura 2. Hipótesis de la investigación	44
Figura 3. Esquema de la estructura del trabajo de investigación	46
Figura 4. Hallazgos más relevantes sobre el trastorno en la primera mitad del siglo XX	60
Figura 5. Modelos explicativos del TDAH. Período 1970-1979	65
Figura 6. Dominios afectados de los niños con Daño Mínimo Cerebral, según Wender	66
Figura 7. Cuatro déficits importantes del TDAH, según Douglas	67
Figura 8. TDAH y comorbilidad común, según Brown	79
Figura 9. Modelos teóricos explicativos del TDAH	84
Figura 10. Funciones ejecutivas	87
Figura 11. Funciones ejecutivas y de control motor alteradas en los afectados por TDAH, según Barkley	88
Figura 12. Funciones ejecutivas, según Thomas	90
Figura 13. Características del Síndrome de Lesión Cerebral, según Eisenberg	95
Figura 14. Trastornos del aprendizaje, según Silver	101
Figura 15. Otros problemas comórbidos del TDAH, según Silver	102
Figura 16. Explicación del funcionamiento de la neurotransmisión	125
Figura 17. Predisposiciones que deben estar presentes para que se dé el TDAH según Douglas	130
Figura 18. Hipótesis explicativas del TDAH según Barkley	131

Figura 19. Principales dificultades de las familias con miembros afectados por TDAH	150
Figura 20. Falsas creencias sobre TDAH	163
Figura 21. Recorrido legislativo relacionado con el TDAH desde la Constitución Española hasta la promulgación de la LOMCE (2013)	180
Figura 22. Necesidades Específicas de Apoyo Educativo (NEAE)	183
Figura 23. Fases de la investigación	208
Figura 24. Ventajas e inconvenientes de la modalidad a distancia	212
Figura 25. Ventajas e inconvenientes de la modalidad online	212
Figura 26. Diseño inicial de la Ficha descriptiva de cada acción formativa perteneciente a la muestra	253
Figura 27. Diseño final de la Ficha descriptiva de cada acción formativa perteneciente a la muestra	256
Figura 28. Criterios de análisis de los datos	257
Figura 29. Categorías iniciales de contenidos del criterio: Contenido	280
Figura 30. Datos a conocer de una actividad formativa	295
Figura 31. Objetivos general y específicos de la investigación	310

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Resumen de la evolución terminológica y conceptual del TDAH	75
Tabla 2. Resumen de los estudios que definen los perfiles escolares de los TDAH	115
Tabla 3. Resumen de las investigaciones que relacionan TDAH y rendimiento	119
Tabla 4. Resumen de los estudios sobre TDAH y profesorado	121

Tabla 5. Resumen de las investigaciones sobre las familias y los estilos educativos familiares	122
Tabla 6. Relación de asociaciones inscritas en la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH)	158
Tabla 7. Tabla I resumen de los estudios sobre las necesidades formativas del profesorado para el abordaje escolar del TDAH	167
Tabla 8. Tabla II resumen de los estudios sobre las necesidades formativas del profesorado para el abordaje escolar del TDAH	170
Tabla 9. Tabla III resumen de los estudios sobre las necesidades formativas del profesorado para el abordaje escolar del TDAH	174
Tabla 10. Documentos y protocolos de las 17 Comunidades Autónomas	186
Tabla 11. Características de las modalidades atendidas en nuestro estudio	210
Tabla 12. Palabras clave y keywords utilizadas para la búsqueda en nuestra Investigación	218
Tabla 13. Palabras clave y keywords de información específica utilizadas para la búsqueda en nuestra investigación	219
Tabla 14. Acciones formativas, pertenecientes a la Formación Reglada, que componen la muestra de nuestro estudio de investigación	229
Tabla 15. Acciones formativas, pertenecientes a la Formación No Reglada, que componen la muestra de nuestro estudio de investigación	234
Tabla 16. Nueva denominación de las acciones formativas para la organización y el estudio de los datos	239
Tabla 17. Entidades, número de actividades ofertadas y porcentajes correspondientes respecto a la totalidad de la oferta formativa	249
Tabla 18. Datos numéricos de la clasificación de programas, criterio: Modalidad	260

Tabla 19. Datos numéricos de la clasificación de programas, criterio: Duración ECTS	262
Tabla 20. Datos numéricos de la clasificación de programas, criterio: Duración horas	263
Tabla 21. Datos numéricos de la clasificación de programas, criterio: Homologación	266
Tabla 22. Datos numéricos de la clasificación de programas, Criterio: Contenido	270
Tabla 23. Datos numéricos relación Reglada y No Reglada. Criterio: Modalidad	272
Tabla 24. Datos numéricos relación Reglada y No Reglada. Criterio: Duración, horas	274
Tabla 25. Datos numéricos relación Reglada y No Reglada. Criterio: Duración, ECTS	275
Tabla 26. Relación acciones formativas con ambos valores del criterio duración	277
Tabla 27. Datos numéricos de la clasificación de programas atendiendo a tipologías, criterio: Homologación	278
Tabla 28. Datos numéricos de la clasificación de programas atendiendo a tipologías, criterio: Contenidos	281
Tabla 29. Entidades, número de actividades ofertadas y porcentajes correspondientes respecto a la totalidad de la oferta formativa	284

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Resultados del estudio de Larson, Russ, Kahn y Halfon	78
Gráfico 2. Acciones formativas que componen la muestra de nuestro estudio de investigación	227

Gráfico 3. Actividades formativas según el número de acciones ofertadas por una misma entidad	247
Gráfico 4. Representación gráfica porcentual de la oferta formativa	251
Gráfico 5. División de la muestra según tipología de la entidad que oferta las acciones formativas	252
Gráfico 6. Representación gráfica porcentual de la oferta formativa de tipología Reglada	253
Gráfico 7. Representación gráfica porcentual de la oferta formativa de tipología No Reglada	254
Gráfico 8. Clasificación de programas: Modalidad	259
Gráfico 9. Clasificación de programas: Duración ECTS	261
Gráfico 10. Clasificación de programas: Duración horas	262
Gráfico 11. Clasificación de programas: Duración horas. Detalle del subgrupo de 0 a 150 horas	264
Gráfico 12. Clasificación de programas: Homologación	267
Gráfico 13. Clasificación de programas: Contenido	269
Gráfico 14. Relación Reglada y No Reglada. Criterio: Modalidad	272
Gráfico 15. Relación Reglada y No Reglada. Criterio: Duración, horas	274
Gráfico 16. Relación Reglada y No Reglada. Criterio: Duración, ECTS	276
Gráfico 17. Relación Reglada y No Reglada. Criterio: Homologación	279
Gráfico 18. Relación Reglada y No Reglada. Criterio: Contenidos	282
Gráfico 19. Actividades con valor todos en el criterio contenidos. Criterio: Duración, horas	284
Gráfico 20. Actividades con valor todos en el criterio contenidos. Criterio: Duración, ECTS	285

ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen 1. Portada “Struwwelpeter” de Heinrich Hoffman	58
Imagen 2. Ilustración del cerebro con control normal y con TDAH	124
Imagen 3. Ilustración del funcionamiento neurotransmisor	126
Imagen 4. Ilustración de las zonas del cerebro relacionadas con el TDAH	127
Imagen 5. TDAH como trastorno complejo	134
Imagen 6. Situación geográfica de las asociaciones federadas en la actualidad. Península y Baleares	151
Imagen 7. Situación geográfica de las asociaciones federadas en la actualidad. Islas Canarias	152
Imagen 8. Momentos relevantes hasta la inclusión del TDAH en la LOMCE	178
Imagen 9. Mapa conceptual de la “Fase inicial de detección”	193
Imagen 10. Mapa conceptual de la “Fase intermedia de detección- identificación”	194
Imagen 11. Mapa conceptual de la “Fase final de diagnóstico”	195
Imagen 12. Flujograma del circuito asistencial	197

RESUMEN

Vivimos en una sociedad en la que los cambios surgen y se desarrollan a tal velocidad que, en algunas ocasiones, la llegada de las respuestas educativas a las necesidades expresadas se produce cuando las dificultades ya han cambiado de nuevo.

Entre estos cambios se encuentra el aumento de la preocupación escolar por los diferentes trastornos de aprendizaje. Uno de los que mayor incremento de diagnósticos ha mostrado es el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

La visibilidad social del trastorno ha provocado que los agentes educativos demanden mayor información sobre el mismo. En concreto los profesionales de la educación han expuesto la necesidad de conocimientos sobre el TDAH para realizar de forma adecuada el proceso de enseñanza-aprendizaje en sus aulas.

En los centros educativos encontramos, por regla general, un elevado número de afectados por el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, pero los docentes no siempre conocen las mejores estrategias para trabajar con ellos.

Nuestra investigación tiene como objetivo principal analizar la oferta formativa sobre el TDAH que los profesionales de la educación de Andalucía tienen a su disposición.

Nos encontramos ante una investigación educativa con metodología mixta. En una primera fase se realiza una investigación documental para, de forma exhaustiva, componer el marco teórico.

Se realiza un recorrido histórico a través del desarrollo investigador que ha tenido este trastorno hasta llegar a la definición y características que hoy asumimos corresponden al TDAH. Se han contextualizado, además, las investigaciones realizadas en los últimos años del siglo XX cuyo objeto de estudio ha sido el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Ilustramos también qué respuestas han sido dadas por aquellos grupos que se relacionan con los afectados en su vida cotidiana. Debido al objetivo de nuestro trabajo de investigación pondremos especial atención en las necesidades formativas que manifiesta el profesorado sobre TDAH, dando a conocer estudios e investigaciones al respecto.

Posteriormente, para corroborar objetivos y comprobar hipótesis, el estudio ha seguido como metodología el análisis de contenido. De esta forma se presentan los

resultados para, mediante el análisis y la interpretación de la información, profundizar en ellos realizando conexiones e inferencias.

Una formación sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad debe contar con un adecuado diseño formativo dirigido a los profesionales de la educación. Esto facilitará la toma de conciencia y sensibilización sobre el trastorno y la implementación de medidas de apoyo y seguimiento tanto a nivel institucional, como en el espacio de trabajo de aula. En el capítulo siete, partiendo de la información obtenida, se exponen una serie de recomendaciones para el diseño de nuevas acciones formativas.

Tras la realización de este trabajo de investigación podemos concluir que, por lo general, la oferta formativa existente es de corta duración y las acciones formativas ofertadas pertenecen, con una amplia mayoría, al sector privado. Coincidiendo con los resultados obtenidos respecto a la homologación, la mayoría de certificación expedida es acreditada por una Universidad Privada.

Los resultados reflejan que la modalidad más accesible, online, es la escogida por la mayoría de las actividades de formación. Por último, atendiendo a los contenidos podemos afirmar que sí existe profundización en la materia, ya que la mayoría de las formaciones abarcan tres o más grupos de contenidos de los que se han creado para el análisis de los contenidos.

Consideramos que, debido al gran número de diagnósticos que se realizan en la actualidad, los centros educativos y las facultades de educación deberían ofrecer a los profesionales de la educación en ejercicio y los futuros docentes información general sobre el TDAH.

Tener unos conocimientos básicos sobre las características principales del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y cómo trabajar con los escolares afectados facilitará el aprendizaje, mejorará la autopercepción docente y el ambiente del aula.

SECCIÓN I: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

*La educación, como la luz del sol,
puede y debe llegar a todos.
- José Pedro Varela*

La sociedad avanza a un ritmo que difícilmente puede ser seguido por la educación. El *tempo lento* de las dinámicas educativas explica que, en la mayoría de las ocasiones, los cambios educativos surjan *a posteriori* como respuesta a las necesidades sociales detectadas.

Si bien es cierto que de este modo las respuestas educativas se van ajustando a las necesidades, también lo es que, en muchos casos, cuando la respuesta llega a la realidad educativa, ésta última ha experimentado, de nuevo, un nuevo cambio.

Esta evolución social nos obliga a replantear permanentemente las funciones educativas, la visión de la enseñanza y el aprendizaje y dar respuestas que permitan adaptar la educación de forma eficaz a los constantes cambios. Ante esto se encomienda a la educación que forme nuevos ciudadanos que sepan convivir en la sociedad en la que crecen.

De unos años a esta parte encontramos que una parte relevante de la población es diagnosticada durante la etapa escolar de diferentes trastornos, entre ellos el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

El incremento de escolares cuyo diagnóstico nos muestra que son afectados por el TDAH ha suscitado el interés de la presente investigación, poniendo el foco de atención en la formación del docente y su capacitación para el abordaje educativo de los escolares diagnosticados con TDAH.

Debido al aumento de la visibilidad de este trastorno se ha incrementado la petición de formación específica sobre el TDAH por parte de los profesionales de la educación. Nuestra investigación pretende analizar la oferta formativa que los profesionales de la educación tienen a su disposición actualmente en Andalucía.

Entendemos, en la línea de Pérez, Galán y Quintanal (2012), que todo trabajo de investigación necesita una buena planificación y organización de las fases de diseño, desarrollo y evaluación.

El presente trabajo pretende profundizar en aquellas acciones formativas que se ofertan hoy en día destinadas a los profesionales de la educación de Andalucía.

La investigación emprendida se estructura en tres grandes bloques:

- Sección I: Planteamiento de la investigación.
- Sección II: Marco teórico.
- Sección III: Actualidad de la oferta formativa en (TDAH) para los profesionales de la educación en Andalucía.

Desde un principio entendemos la necesidad de estructurar de forma clara el plan en el que se distribuyan las tareas a realizar.

Para comenzar debemos seleccionar nuestro objeto de estudio y delimitarlo. Esta investigación se centra en describir la oferta formativa en TDAH para profesionales de la educación en Andalucía.

La exploración exhaustiva de los estudios, investigaciones, artículos y demás material científico nos permitirá conocer el estado del arte. El marco teórico fundamentará nuestra investigación basándose en el cuerpo de conocimientos existente, teniendo en cuenta los trabajos de investigación ya realizados.

En el diseño de investigación se plantean, como se ha comentado en líneas anteriores, los objetivos a cumplir, las variables que guían nuestra investigación, las técnicas con las que recogeremos los datos y se delimita la muestra que compondrá nuestro trabajo de investigación.

Mediante el análisis y la interpretación de la información se profundiza en los resultados realizando conexiones e inferencias entre ellos para, después, desarrollar las recomendaciones adecuadas para el diseño de nuevas acciones formativas.

Nos encontramos ante una investigación educativa con metodología mixta. En una primera fase se realiza una investigación documental para, de forma exhaustiva, componer el marco teórico.

En esta fase además nos encontramos con una dificultad añadida ya que, al ser un tema controvertido y actual, necesitamos discernir de forma inequívoca qué información se fundamenta de forma científica y cuál no sería pertinente para este tipo de investigación.

Posteriormente, para corroborar objetivos y comprobar hipótesis, el estudio ha seguido como metodología el análisis de contenido.

Para realizar el presente estudio hemos tomado las variables que mostramos a continuación, con sus características específicas:

- Formación ofertada entre 2012 y 2016: se ha seleccionado esta temporalización por ser en noviembre de 2013 cuando el TDAH es incluido por primera vez en España en una ley educativa (LOMCE).
- Sistema de educación: teniendo en cuenta las impartidas de forma presencial en Andalucía y en el resto de España si son on-line o a distancia.
- Duración: número de horas.
- Acreditación: créditos ETCS.
- Titulación expedida: tipo de titulación y qué organismo la expide.
- Asistentes: público al que se dirige la formación, en caso de estar definido.
- Contenido: nivel de especialización del contenido.

II. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

*Un niño con TDAH
es un niño con un problema,
no un niño problemático.
- Concepción Gómez Ferrer*

Una vez se ha definido qué se va a investigar consideramos pertinente buscar el sentido útil y práctico del trabajo de investigación. Para ello se han formulado las siguientes preguntas de investigación con las que se ha configurado el planteamiento del problema.

- ¿Cuál es la oferta formativa andaluza dirigida a los profesionales docentes para el abordaje educativo del TDAH?
- ¿De qué organismo depende esta oferta formativa?
- ¿Dicha oferta es accesible?
- ¿Qué tipo de certificación obtiene el profesional que cursa dicha formación?
- ¿Qué nivel de especialización tienen los contenidos de las acciones formativas analizadas?

A lo largo de la investigación se han modificado ligeramente los objetivos.

En un primer momento se formularon teniendo en cuenta lo abordado en el marco teórico y posteriormente han sido modificados para ajustarse a la dirección en la que el estudio se ha dirigido. Los objetivos general y específicos y las hipótesis que se han marcado en esta investigación son:

Objetivo general:

- Analizar la oferta formativa en TDAH disponible en Andalucía para profesionales de la educación.

Objetivos específicos:

- Realizar la actualización, mediante el marco teórico, del estado de la cuestión en que se encuentra el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad poniendo el foco en la visión educativa del trastorno.

- Dar a conocer las problemáticas y necesidades que surgen en el abordaje educativo del TDAH en España.
- Ofrecer información acerca de la red asociativa española de familias de afectados por el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
- Conocer la regulación normativa del abordaje del TDAH en el sistema escolar español.
- Describir la oferta formativa para trabajar con TDAH dirigida a profesionales de la educación en Andalucía.
- Analizar la variedad, contenido, duración, modalidad y homologación de las certificaciones de dicha oferta.
- Comparar la tipología y variedad de la formación ofertada tanto por organismos públicos como entidades privadas.

Para facilitar la visualización se presenta a continuación una figura en la que se muestran resumidamente los objetivos.

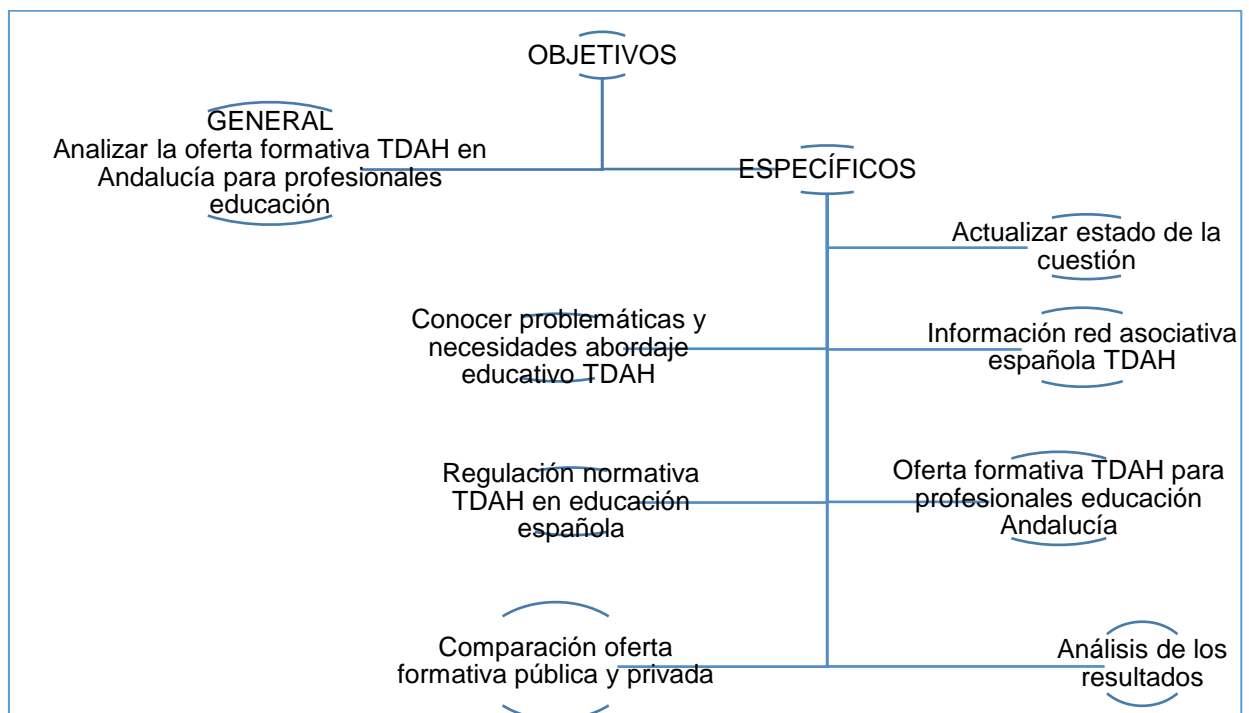


Figura 1. Objetivos general y específicos de la investigación. Fuente: Elaboración Propia.

Hipótesis:

- La oferta formativa en TDAH ofertada por organismos públicos es insuficiente.
- Los agentes educativos que se relacionan con los afectados, sobre todo docentes y familias, reclaman mayor formación e información sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
- Una mejora cualitativa en la oferta contribuiría a una atención de mayor adecuación a los escolares diagnosticados con TDAH.

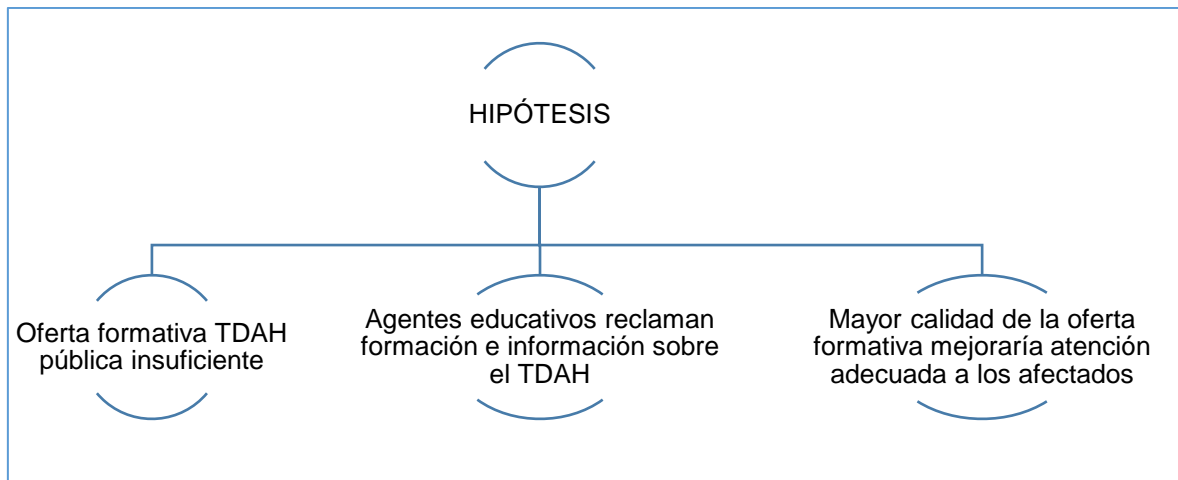


Figura 2. Hipótesis de la investigación. Fuente: Elaboración Propia.

III. DISEÑO Y ESTRUCTURA DE LA INVESTIGACIÓN

*El principio de la educación
es predicar con el ejemplo.
- Turgot*

El presente trabajo de investigación surge tras una reflexión sobre el creciente número de escolares diagnosticados con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y la inquietud y sensación de ineficacia que, ante estos casos, declaran los docentes.

Nuestro trabajo de investigación trata de revisar y analizar la adecuación de la oferta formativa actual para el abordaje educativo con alumnos afectados por TDAH a las necesidades percibidas por los docentes de formarse a este respecto.

Para ello se ha estructurado en tres partes, atendiendo a la naturaleza de la información recogida en cada una de ellas.

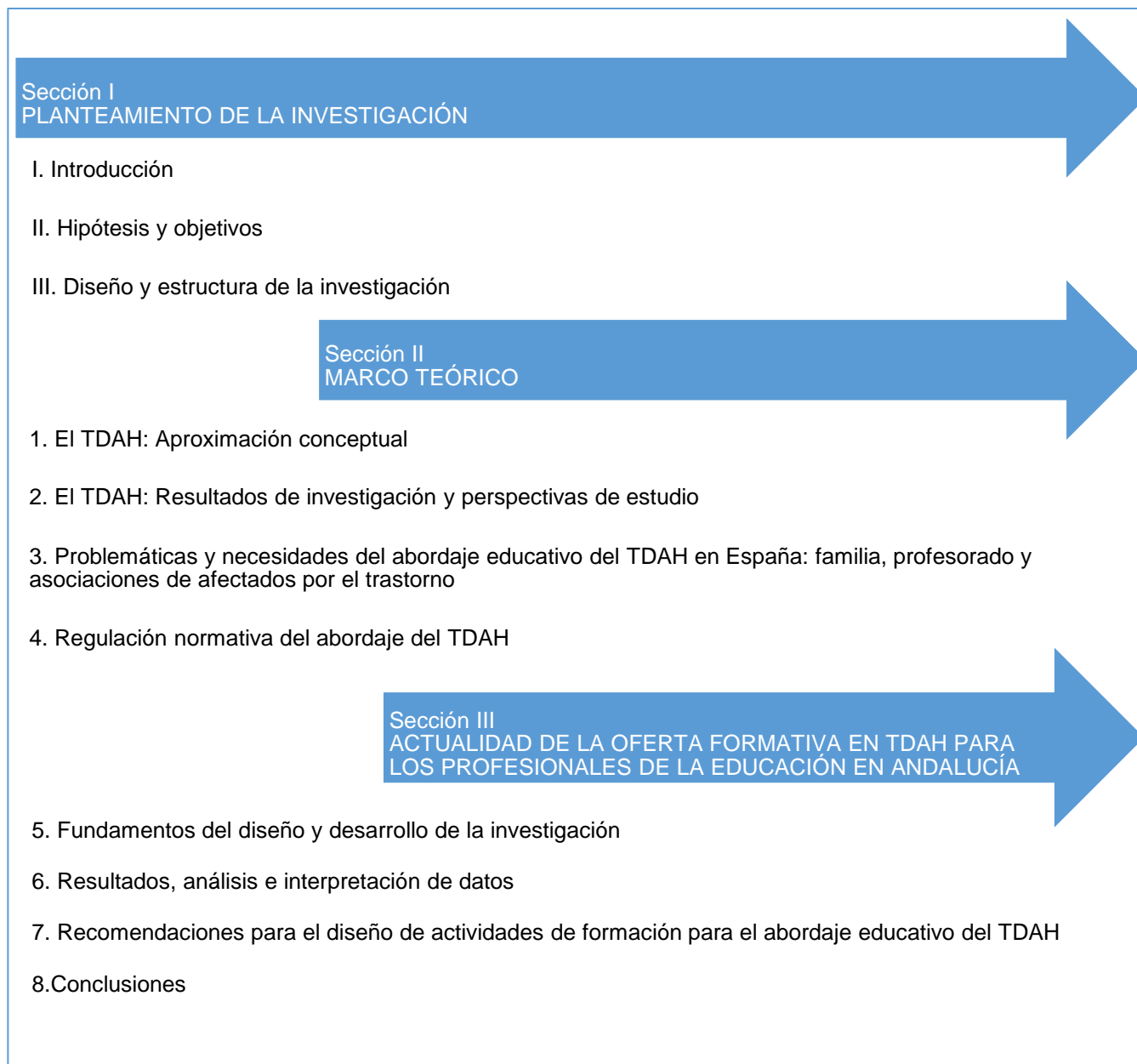


Figura 3. Esquema de la estructura del trabajo de investigación. Fuente: Elaboración Propia.

La primera sección atiende a la explicación de las características de la investigación, la segunda a la fundamentación teórica y la última sección expone el desarrollo del estudio realizado.

- *Sección I: Planteamiento de la investigación.*
Sección en la que nos encontramos, justifica la necesidad de este trabajo de investigación y da a conocer las hipótesis y objetivos que delimitarán nuestro estudio.

- *Sección II: Marco teórico.*

El Marco teórico comprende cuatro capítulos en los que se muestra el estado de la cuestión en referencia al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

En el primero de ellos se realiza una aproximación conceptual, seguida del siguiente capítulo en el que se muestran los estudios de mayor relevancia sobre el trastorno.

Para contextualizar geográficamente se profundiza, en el tercer capítulo, en las problemáticas y necesidades en el abordaje educativo del TDAH en España y por último, en el capítulo cuarto, se ofrece una revisión actualizada de la regulación normativa del trastorno.

- *Sección III: Actualidad de la oferta formativa en (TDAH) para los profesionales de la educación en Andalucía.*

Esta sección se compone, como la anterior, de cuatro capítulos en los que se conecta la teoría con la realidad.

En el capítulo quinto de la Tesis Doctoral, primero de esta sección, se explicita el planteamiento del diseño utilizado y el desarrollo de nuestra investigación, dando a conocer los objetivos, las variables, las técnicas e instrumentos de recogida de información y la muestra.

El reporte de los resultados obtenidos, el análisis de los datos y la interpretación de la información se da a conocer en el capítulo sexto. El séptimo capítulo realiza una serie de recomendaciones para el diseño de nuevas acciones formativas, partiendo de los resultados obtenidos con anterioridad.

Por último se dedica el octavo capítulo a dar a conocer las limitaciones que han dificultado la realización de esta investigación y las conclusiones inferidas a partir de los resultados obtenidos.

Las metodologías empleadas durante nuestra investigación han sido, en un primer momento, la investigación documental y, más tarde, el análisis de contenido.

Mediante la investigación documental se ha realizado el marco teórico que orienta esta investigación. Se ha actualizado el estado del arte, prestando especial interés a los modelos científicos y estudios que versan sobre el TDAH, a la respuesta normativa tras el incremento de diagnósticos y a los estudios realizados que muestran las necesidades docentes respecto al alumnado con dicho trastorno.

Posteriormente se ha empleado el análisis de contenido. Esta metodología, que desarrollaremos en el apartado siguiente, es una técnica sistemática, objetiva,

cualitativa y cuantitativa que trabaja con materiales representativos de forma exhaustiva y dando la opción a la generalización (Porta y Silva, 2003).

Para obtener la información necesaria de las acciones formativas en un principio nos pusimos en contacto con los organismos que las ofertaban, solicitando que cumplimentasen un cuestionario compuesto por 11 preguntas que serán el objeto de posterior análisis. Ante la escasa respuesta a dicha solicitud se optó por la búsqueda de la información disponible en las páginas web en las que, entendemos, al menos debían aparecer estos once datos básicos sobre las actividades ofertadas.

A través de la investigación documental hemos profundizado y contextualizado el objeto de estudio de nuestra investigación y mediante el análisis de contenido hemos recopilado los datos necesarios para realizar el posterior análisis y reflexión.

SECCIÓN II: MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1:

EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD: APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

1.1 Orígenes Históricos

1.1.1 Finales del siglo XVIII

1.1.2 Siglo XIX

1.1.3 Primera mitad del siglo XX

1.1.4 La década de los sesenta, siglo XX

1.1.5 El período de 1970 a 1979

1.1.6 El período de 1980 a 1989

1.1.7 El período de 1990 a 1999

1.1.8 Nuevo siglo y milenio: del 2000 a nuestros días

1.2 Resumen

1.2.1 El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: principales transformaciones conceptuales

1.3 Comorbilidad y causalidad múltiple

1.3.1 Trastornos emocionales y del afecto

1.3.2 Trastornos del aprendizaje

1.3.3 Trastornos del comportamiento

1.4 Modelos teóricos explicativos del TDAH en la actualidad

1.4.1 Modelo de Virginia Douglas

1.4.2 Modelos basados en la hipótesis de procesos cognitivos

1.4.3 Modelos basados en la hipótesis de procesos emocionales

1.4.4 Modelos basados en la hipótesis de dos o más vías

1.4.5 Modelos críticos

1.5 Adolescencia y TDAH

CAPÍTULO 1

EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD: APROXIMACIÓN CONCEPTUAL.

*La historia es un profeta con la mirada vuelta hacia atrás:
por lo que fue, y contra lo que fue,
anuncia lo que será. - Eduardo Galeano.*

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es una patología neurobiológica que afecta a un número elevado de escolares. Poseer este trastorno implica síntomas que afectan al desarrollo del alumno en múltiples facetas determinantes para su ajuste social, personal, académico y familiar. El impacto de este trastorno en el rendimiento académico explica el interés que ha suscitado su estudio en la investigación educativa.

El inicio de las investigaciones sobre este trastorno fue llevado a cabo por médicos para más tarde extenderse al ámbito educativo. Nos parece imprescindible tener en cuenta el desarrollo histórico que ha seguido la definición del trastorno hasta llegar al punto en que nos encontramos en la actualidad.

1.1 ORÍGENES HISTÓRICOS

El término Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) ha variado a lo largo de los años desde su aparición. Esto es debido a los diferentes hallazgos y resultados obtenidos a través de las descripciones y estudios realizados por los distintos autores que han investigado este trastorno.

Consideramos necesario comenzar por conocer el concepto de TDAH hoy. Para ello realizaremos un recorrido histórico en el que sean los propios autores y sus estudios los que nos guíen por sus conclusiones, entendiendo así qué es llamado Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en la actualidad y por qué.

Con este fin a continuación desarrollaremos las principales aportaciones teóricas que se han generado a lo largo de las distintas etapas en las que este trastorno ha sido estudiado para entender sus modificaciones hasta llegar al que es hoy.

1.1.1 Finales del siglo XVIII

Es comúnmente aceptada la percepción de que el TDAH es un trastorno relativamente nuevo, pero al profundizar descubrimos que ya a finales del S. XVIII podemos encontrar descripciones que coinciden con el trastorno. Muchos autores citan a Still como la primera persona en hablar de las características que hoy conforman el TDAH. En nuestra investigación damos un paso atrás en el tiempo comenzando por el S. XVIII y situando los antecedentes previos a Still, de quien hablaremos más adelante.

Las primeras referencias de individuos descritos por tener serios problemas para mantener la atención, por su constante hiperactividad e incapacidad para controlar los impulsos son de Shakespeare. El dramaturgo menciona la inatención como enfermedad en “El Rey Enrique VIII” (Salazar y Londoño, 2009). Una de las características de las obras shakesperianas es la descripción de la sociedad dándole el tinte de fábula teatral. Es esta peculiaridad de Shakespeare la que nos lleva a considerar que para inspirarse en la escritura de sus obras, en concreto de “El Rey Enrique VIII”, hubiese observado a alguien cuyas características coincidiesen con las descritas anteriormente.

Dejando a un lado las coincidencias de las descripciones shakesperianas con la realidad, profundizaremos ahora en la medicina. El primer campo científico que se preocupa por este trastorno es la medicina, considerando que pudiese ser una enfermedad mental. A finales del S. XVIII Melchior Adam Weikard, según Barkley (2015), dedica en su libro de Medicina un capítulo a los problemas de atención; adultos y niños inatentos, distraídos, hiperactivos, impulsivos y con falta de persistencia. Esta

descripción coincidiría hoy con alguien susceptible de ser diagnosticado TDAH. El autor da a entender que estas características pueden ser resultado de una pobre crianza, pero también sugiere que puede vincularse a alguna predisposición biológica.

Así encontramos que hace tres siglos comenzó la controversia. Aquellas anotaciones publicadas supusieron el origen de este trastorno que, definido como tal o no, ya comenzaba a ser observado y descrito.

Pero fue Sir Alexander Crichton quien, en su libro “An inquiry into the nature and origin of mental derangement: Comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind and a history of the passions and their effects (Una investigación sobre la naturaleza y el origen de la enajenación mental), describe dos tipos diferentes de desórdenes de atención. El primero de ellos es mencionado como el desorden de la distracción, caracterizado por la inconstancia, la falta de persistencia y de concentración. Tres elementos que en aquella época, y aún hoy, se confundían fácilmente con desinterés o descaro. En el segundo tipo de desorden describe a aquellos, tanto niños como adultos, que presentan problemas de atención como tal. Este médico escocés denominó “Mental Restlessness” (agitación o inquietud mental) al estado inquieto que hacía referencia a la incapacidad de mantener la atención (Crichton, 1798).

Con la intención de profundizar en la evolución del concepto avanzaremos en el tiempo, obviando algunos autores que seguían la línea de lo comentado anteriormente.

1.1.2 Siglo XIX

A finales de la primera década del S. XIX, 1809, John Haslam describe a un niño de diez años incontrolable, impulsivo y que “aterrorizaba” a su familia. Sólo tres años después, 1812, el psicólogo americano Benjamin Rush se centra en tres casos que incluyen la incapacidad para mantener la atención y cuyas principales características son la “perversión total de las facultades morales” (Barkley, 2015). Estas descripciones no arrojan luz al trastorno pero, en la época, fueron muy tenidas en cuenta para la continuación del desarrollo histórico del concepto.

Es en 1845, cuando Heinrich Hoffmann escribe “Struwwelpeter”, un libro de con diez cuentos cuyo título se traduciría como “Pedro Melenas” (Terán, Vega y Merayo, 2012).

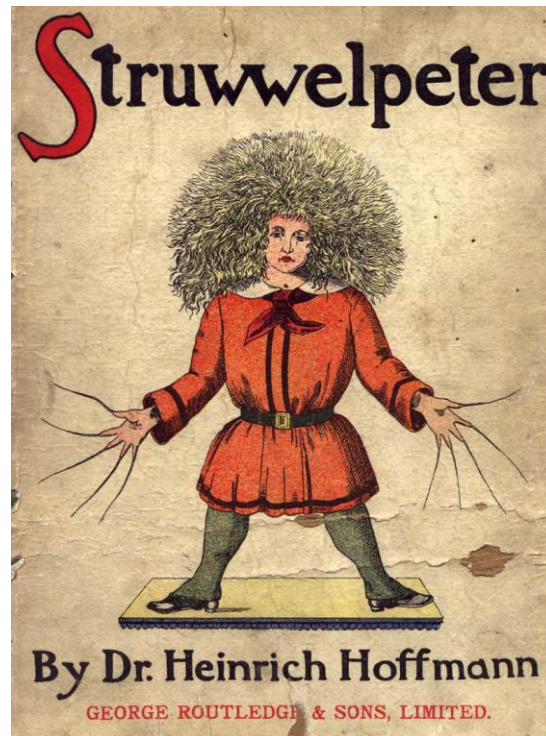


Imagen 1. Portada “Struwwelpeter” de Heinrich Hoffman. Fuente: <http://konkykru.com/e.hoffmann.html>

En uno de ellos destaca la historia que habla de “Felipe Nervioso” y sus dificultades de atención e hiperactividad. En él, a través de poemas, describe dos casos TDAH. Uno de ellos con las características del predominio hiperactivo-impulsivo y el otro con inatención.

La intención de Hoffmann era aconsejar a su hijo en lo referente a su formación y para ello desarrolla en el relato la formación y tolerancia que el niño inquieto e impulsivo debe aprender a gestionar.

A final de siglo Bourneville trata el déficit cognitivo desde la perspectiva del tratamiento médico y pedagógico. En su libro sobre el tratamiento médico-pedagógico (1897) describe el caso de algunos niños con déficits cognitivo que presentaban inquietud psicomotora, inatención y desobediencia.

Años más tarde, 1901, Demoor introducirá el concepto “corea mental” en su libro sobre la Educación Infantil para describir las características ya expuestas por Bourneville. Entiende que es un problema que afecta a algunos niños y consiste en cambios de estado de ánimo, necesidad de movimiento constante y cambios en su entorno, déficits de inhibición conductual y en la atención sostenida.

En 1899, en el Reino Unido, Henry Maudsey realiza un estudio sobre los niños con impulsividad, incluso detallando la tendencia destructiva. En ese mismo año el psiquiatra

escocés Thomas Clouston profundiza en el estudio de los niños con problemas de aprendizaje, habla de hiperexcitabilidad describiéndola como una reacción excesiva a estímulos emocionales y mentales. Este trastorno ha sido considerado como el predecesor de la hiperactividad.

En la vecina Francia, el concepto de TDAH tiene su origen en 1845, coincidiendo con el año de publicación del libro de Hoffmann, en la descripción que realiza Jean-Etienne Dominique Esquirol. En esta primera conceptualización se considera que los afectados por este trastorno no pueden controlar el foco de su atención (Esquirol, 1845).

Cinco años después, sobre 1850, el americano William James señala en sus “Principios de la Psicología” una variante del carácter que denomina “voluntad explosiva” describiendo una serie de características muy similares a las que hoy entendemos que conforman el TDAH.

1.1.3 Primera mitad del siglo XX

Bastantes autores sitúan en este momento histórico el inicio de los estudios del trastorno que hoy conocemos como TDAH. Barkley (2015) explica que en ediciones anteriores del mismo libro se consideró que la historia médica del TDAH comenzaba con la descripción de los casos de Still, reconociendo que ahora saben que sí que hubo descripciones previas que se referían a este trastorno y que deben ser tenidas en cuenta en lo que a su historia se refiere.

Entendemos la importancia del estudio realizado por George Still a partir del que se ha desarrollado la exploración de este trastorno. Hemos considerado que partiendo de los hallazgos realizados por los investigadores que le precedieron entenderíamos mejor, llegados a este punto, la evolución investigadora que surge de 1902 en adelante.

En los apartados a continuación daremos cuenta de los principales hallazgos realizados en la primera mitad del siglo XX. El siguiente esquema nos sirve para hacernos una idea inicial de lo que más tarde será desglosado a continuación.

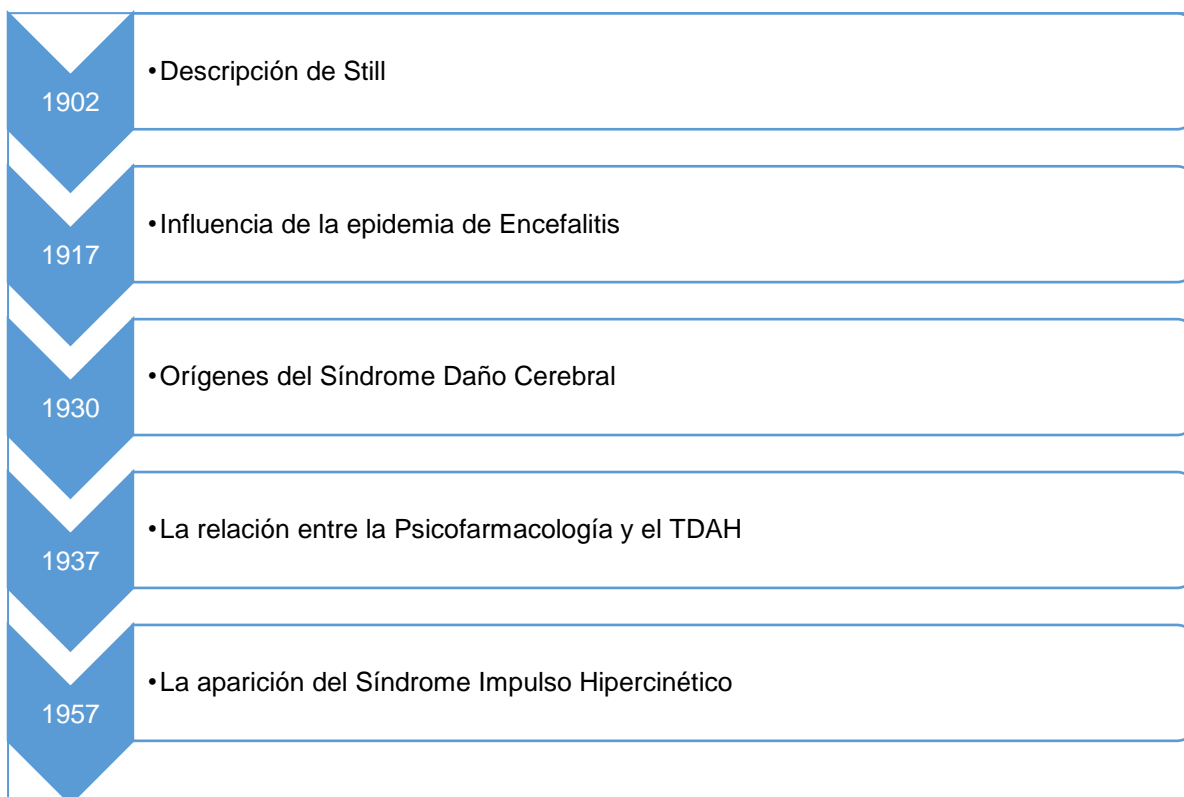


Figura 4. Hallazgos más relevantes sobre el trastorno en la primera mitad del siglo XX. Fuente: Elaboración Propia.

- La descripción de Still

Algunos libros sobre TDAH y trabajos de investigación (Elías y Estañol, 2006; Jarque, 2012) entienden que fue George Still en 1902 quien describió los primeros casos de TDAH. Consideramos que esto ha podido ocurrir por el desconocimiento de los trabajos de Weikard o Crichton, mencionados en el apartado anterior, o bien porque éstos no se adecuaron lo suficiente a los criterios para ser considerados los primeros investigadores del trastorno.

Aun así, es necesario reconocer el detalle y la amplia muestra de casos que estudió Still en la época. Este autor especula sobre la posibilidad de que la inhibición de la voluntad, el control moral y la atención sostenida sean causadas por la misma deficiencia neurológica subyacente.

El inglés Alfred Tredgold describió en 1908 niños con baja inteligencia, comportamiento extraño, limitada capacidad para mantener la atención, controlar los impulsos y la fuerza de voluntad. Señaló que las conductas asociadas al TDAH podrían ser causadas por una disfunción cerebral que fuese adquirida perinatalmente y afectase al área de comportamiento. Este autor extiende las teorías y observaciones de Still sobre las repercusiones en la conducta y el aprendizaje de la infancia tardía por daño cerebral precoz.

Still y Tredgold describen por primera vez de forma clínica el TDAH. Por esto muchos investigadores comienzan el recorrido histórico con ellos, al ser una descripción concreta del trastorno. En ese momento lo llamaron “defectos en el control moral”. Señalaron la mayor incidencia de este trastorno en varones que en niñas de la misma edad y puntualizaron, como sintomatología más destacable, los trastornos de aprendizaje, la hiperactividad, los trastornos generales de conducta, las dificultades para mantener la atención, y demás comportamientos similares.

En esa misma época, el médico español Lafora (1917) escribe sobre su interés en las enfermedades mentales de la infancia y describe un grupo de niños con constitución psicopática, subgrupo que él llamará “inestables”. Su descripción es muy similar a la visión actual en la que se incluye exceso de actividad, atención inconstante y comportamiento impulsivo.

- *La influencia de la epidemia de encefalitis*

El interés por el TDAH en Norte América está íntimamente relacionado con el brote de una epidemia de encefalitis en 1917-1918, tras la que los niños que sobrevivieron mostraron importantes secuelas comportamentales y cognitivas. Esta epidemia permitió la observación de niños que mostraban un cuadro muy similar al descrito por Still (impulsividad, hiperactividad, conducta antisocial, intolerancia a la frustración y fuerte labilidad emocional).

Durante mucho tiempo los niños que presentaban síntomas típicos de TDAH fueron considerados poseedores de un daño o disfunción cerebral mínima que provenía de una secuela post-encefálica o de un trauma sufrido durante el parto. Estas supuestas lesiones cerebrales mínimas nunca se pudieron describir ni localizar.

- Los orígenes del Síndrome de Daño Cerebral

La aparente asociación entre la enfermedad mental y la patología comportamental lleva pronto a los investigadores a estudiar las causas potenciales de la lesión cerebral en niños y sus manifestaciones en el comportamiento, incluyendo traumas en el nacimiento y otras infecciones. Varios investigadores de la época asocian la hiperactividad y el comportamiento con secuelas de lesiones y enfermedades.

A continuación, siguiendo a Barkley (2015) podemos hacernos una idea del proceso seguido en los orígenes del Síndrome de Daño Cerebral.

La etiqueta “síndrome” a la hiperactividad es atribuida por primera vez en la tesis realizada por Heuyer (1914) “Los niños anormales y los delincuentes juveniles”. En ella se asocia el déficit de atención, la hiperactividad y el comportamiento perverso con un pronóstico negativo, considerando que estos niños acabarían por ejercer delincuencia y vagabundeo por su inadaptación familiar, escolar y socio-laboral.

Algo más tarde, en 1925, Wallon describe cuatro estadios del desarrollo psicomotor: impulsivo, emotivo, sensoromotor y proyectivo. Para él superar los cuatro estadios es condición para que el niño tome conciencia de sí mismo y la hiperactividad supone que alguno de ellos no ha sido superado adecuadamente.

Y es en 1926 cuando Vermeylen realiza el primer estudio en el que se manejan variables neurocognitivas y plantea por primera vez en la hiperactividad la etiopatogenia psicogenética. Para ello divide a los niños en dos categorías: armónicos y disarmónicos, encontrándose los niños hiperactivos en el segundo grupo y obteniendo mejores puntuaciones en memoria, razonamiento e imaginación y peores en concentración.

El “trastorno hipercinético” es denominado por Kramer y Pollnow (1930) dentro de la psicosis infantil como un síndrome de origen desconocido que consiste en dificultades para el habla, la atención y muestra una inquietud extrema.

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad comienza a denominarse daño cerebral y, por tanto, a llamarse “Síndrome de Lesión Cerebral Humana” tras los hallazgos en 1934 de Kahn y Cohen, en los que encuentran niños que padecen lesiones o infecciones cerebrales con síntomas similares a los descritos (Kahn y Cohen, 1934).

A finales de los años treinta se descubrió que los derivados de los anfetamínicos mejoraban la conducta y rendimiento de los niños hiperactivos, considerándose hoy en día todavía un tratamiento médico para muchos casos de hiperactividad.

Pero Bradley descubre en 1937 “el efecto paradójico tranquilizante” de los psicoestimulantes, en los niños hiperquinéticos tratados con bencedrina (Bradley, 1937). Este descubrimiento significará un antes y un después en la historia de la psiquiatría, pues se considera el comienzo de la psicofarmacología infantojuvenil.

- La relación entre psicofarmacología y TDAH

De 1937 a 1941 aparecieron una serie de artículos sobre el tratamiento de la hiperactividad infantil. Éstos marcan los comienzos de la terapia médica para los desórdenes de comportamiento de los niños en particular y para el campo de la psicofarmacología infantil en general.

Tras estudios con los tratamientos aplicados a los dolores de cabeza se concluye que la administración de anfetaminas mejora notablemente los problemas de comportamiento y la actuación escolar.

El término “Síndrome de Disfunción Cerebral Infantil” es introducido por Strauss y Lehtinen en 1947 para describir a niños en cuyos trastornos de conducta no se aprecia ninguna patología cerebral, resaltando el papel de los factores neurológicos como posible causa de las alteraciones en el comportamiento (Strauss y Lehtinen, 1947)..

Posteriormente pasa a denominarse “Daño Cerebral Mínimo” ya que las dificultades que presentaban no siempre eran causadas por lesiones cerebrales o discapacidades psíquicas.

Como resultado de estos estudios a partir de 1970, de forma paulatina, los estimulantes llegaron a ser el tratamiento por excelencia para los nuevos síntomas de comportamiento asociados al TDAH, y así perdura hasta nuestros días.

- La aparición del Síndrome de Impulso Hiperkinético

En la década de los cincuenta los investigadores comenzaron a centrarse en los mecanismos neurológicos poniendo el foco en los síntomas conductuales. Probablemente los más conocidos fueron Laufer y Denhoff (1957) quienes consideraban que los niños con TDAH tenían “desorden del impulso hiperkinético” y entendían que al depender del sistema nervioso central el déficit ocurría en el área del hipotálamo.

Al final de esta era comúnmente aceptado que la hiperactividad era un síndrome provocado por un daño cerebral, incluso sin haber evidencias de dichos daños. Se consideraba que el mejor tratamiento del trastorno era a través de aulas educativas caracterizadas por la falta de estimulantes o centros residenciales creados para este fin.

La posibilidad de que los estimulantes, una relativamente nueva clase de medicamentos, pueda ser utilizada como tratamiento es prometedora y comienza a ser apreciada.

1.1.4 La década de los sesenta, siglo XX

Tras la falta de evidencias en 1966, Clements describe el término “Disfunción Cerebral Mínima” como la caracterizada por déficit de atención, bajo control de impulsos, hiperactividad, fracaso escolar, agresividad y labilidad emocional.

- El incremento de la Hiperactividad y su síndrome

El descontento con el concepto de “Daño Mínimo Cerebral” o “Disfunción Cerebral Mínima” (Minimal Brain Damage, MBD) llevó a la crítica a desplazar el foco de la conducta a lo que es característica común en la mayoría de los casos, la hiperactividad. De esta forma surge el concepto de síndrome de hiperactividad descrito en distintos artículos de relevancia de la época (Burks, 1960; Chess, 1960; Laufer and Denhoff, 1957; Ounsted, 1955; Prechtl y Stemmer, 1962).

Según Chess (1960) el niño hiperactivo es aquel que realiza las actividades en una velocidad mayor que el niño promedio, o está en continuo movimiento, o ambas. El estudio de este autor fue históricamente relevante por varias razones:

- Enfatiza la actividad como característica definitoria del desorden en lugar de especular, como hacían otros científicos de la época, sobre las causas subyacentes neurológicas.
- Hace hincapié en la necesidad de que se considerase la evidencia objetiva del síntoma más allá de los informes subjetivos de padres y maestros.
- No culpa a los padres de los problemas de sus hijos.
- Separa los conceptos síndrome de hiperactividad y síndrome del daño cerebral, mientras otros científicos contemporáneos ponían el foco en los puntos en común.

En 1968, la Asociación Americana de Psiquiatría introduce en la segunda edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-II) el término “Reacción Hiperkinética de la Infancia y la Adolescencia”, centrándose en las características motoras.

Más tarde esta asociación irá actualizando su concepto convirtiéndose en un referente para todo aquel que quiera conocer cómo se encuentra la terminología a este respecto en la actualidad.

1.1.5 El período de 1970 a 1979

Esta década es relevante por la convivencia de dos modelos diferentes para explicar el TDAH:

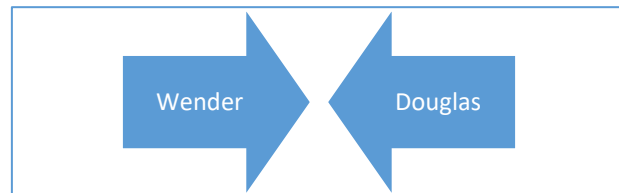


Figura 5. Modelos explicativos del TDAH. Período 1970-1979. Fuente: Elaboración Propia.

- La teoría de Wender sobre el Daño Mínimo Cerebral (Minimal Brain Damage, MBD).
- El modelo de Douglas sobre la atención y el impulso de control en niños hiperactivos.

A comienzos de la década Wender (1971) realiza una descripción de las características psicológicas que esencialmente poseían los niños con el denominado Daño Mínimo Cerebral, comprendiendo un grupo de seis síntomas.

Cada síntoma descrito daba a conocer la existencia de problemas en los dominios que aparecen en la figura a continuación:

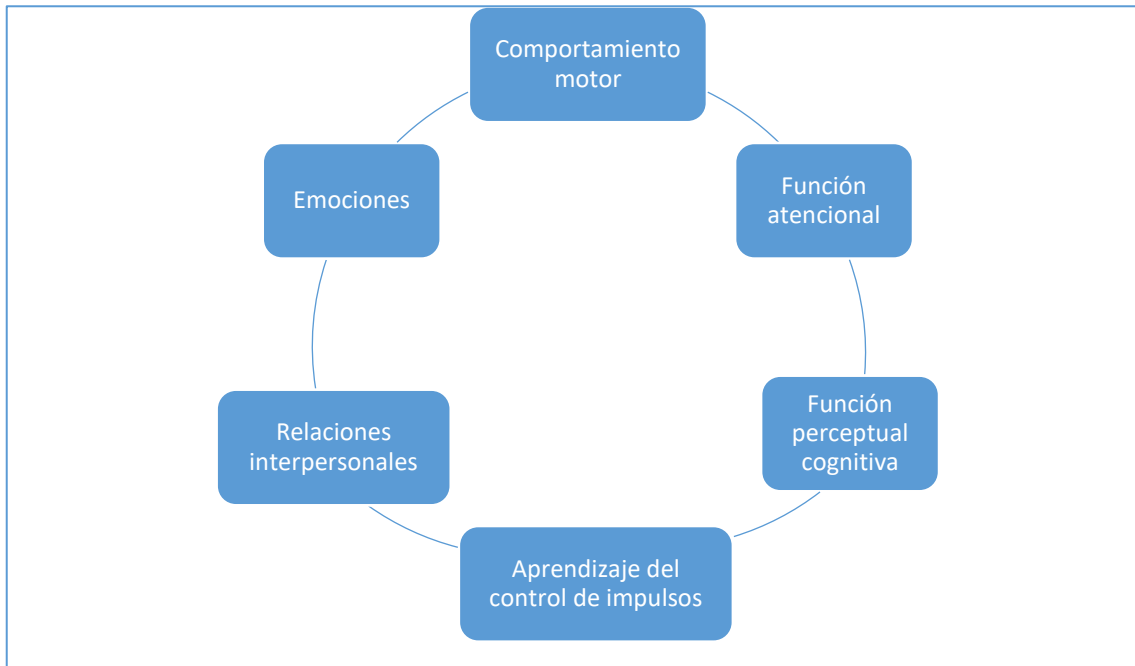


Figura 6. Dominios afectados de los niños con Daño Mínimo Cerebral, según Wender. Fuente: Elaboración Propia.

Para Wender estos seis dominios de la disfunción podían ser representados de forma más clara por tres déficits primarios:

- disminución de la experiencia de dolor y placer
- un nivel generalmente alto y mal modulado de activación
- extraversión

Douglas (1980a, 1980b, 1983; Douglas y Peters, 1979) más tarde elaboró su modelo de la hiperactividad.

Éste culminó dando a conocer lo que consideró como los cuatro déficits más importantes que podrían explicar los síntomas del TDAH, mostrados en la figura que sigue.

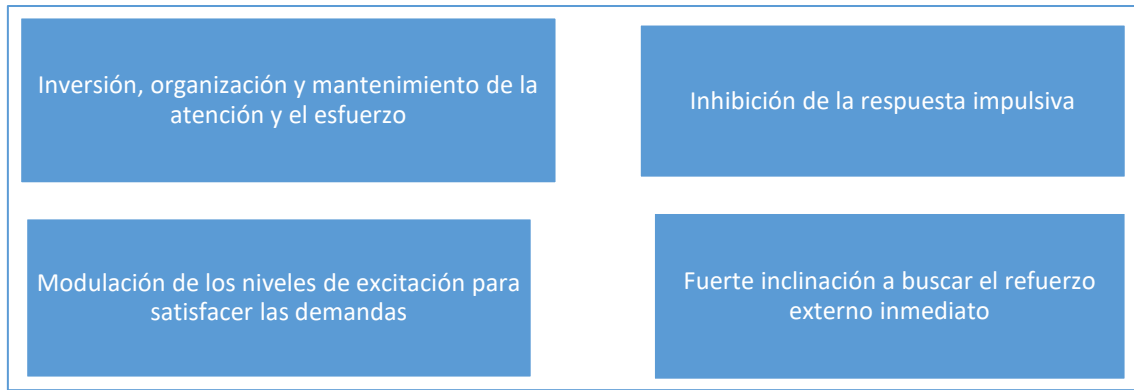


Figura 7. Cuatro déficits importantes del TDAH, según Douglas. Fuente: Elaboración Propia.

- Otros progresos de la época

En esta momento histórico se desarrollaron una serie de avances relacionados con el TDAH que merecen ser mencionados.

- Comenzó a ser habitual el uso de la terapia con medicación.
- Se propagó la idea de que el ambiente y la dieta tenían influencia en este trastorno, llegando a cuestionarse si podrían ser causa del mismo.
- En 1975 se aprobó en Estados Unidos la ley 94-142 por la que los niños con discapacidades físicas, de aprendizaje y/o comportamiento tendrían un servicio educativo especial.
- Creció el interés en la modificación de la conducta mediante la educación.
- Se desarrollan criterios de evaluación para clasificar la hiperactividad con el fin de poder tratarla en cuanto a comportamiento y con medicamentos.
- Se pone el foco en la psicofisiología: en esta década se incrementa el número de estudios a niños hiperactivos en este campo. La psicofisiología aporta nuevas mejoras en la instrumentación y definición del diagnóstico.
- Se incrementa el interés en los adultos afectados, asociando los déficits neuropsicológicos con las funciones ejecutivas, el control del comportamiento, además de otras afecciones.

1.1.6. El período de 1980 a 1989

El aumento exponencial de las investigaciones sobre las características de la hiperactividad de los años setenta continúa en la década siguiente, haciendo de la hiperactividad el trastorno psiquiátrico infantil existente mejor estudiado. Esta década se caracteriza por los intentos en el desarrollo de criterios específicos de diagnóstico.

- La emergencia del Desorden por Déficit de Atención

El inicio de la década de los ochenta fue marcado en este campo por la publicación de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) del DSM-III en 1980. El nuevo criterio diagnóstico era no sólo ponía énfasis en la inatención y la impulsividad como hechos que definen el desorden, sino que crea una lista de síntomas específicos con líneas de edad en la que se dan y duración de los mismos. De esta forma se crea el Desorden por Déficit de Atención o TDAH (Attention Deficit Disorder, ADD).

La emergencia en esta época de subtipos, basados en la presencia o ausencia de hiperactividad, por el criterio del DSM-III fue muy controvertida. Los estudios posteriores, iniciados tras la nomenclatura de los subtipos, corroboraron la existencia de diferencias entre éstos dependiendo de si el trastorno de los niños estudiados incluía o no hiperactividad.

Resultado de esta controversia fue el interés en la validación empírica del criterio de diagnóstico demostrado en la segunda versión de este manual, DSM-III-R.

- Del Desorden por Déficit de Atención al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

A finales de los años ochenta, en un esfuerzo adicional para mejorar el criterio con el que definir este desorden, se revisó el DSM y como resultado se cambió la nomenclatura del trastorno a ADHD (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder), Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en español.

El TDAH se clasificaba así en el grupo de desórdenes del comportamiento en la categoría conocida como “desórdenes disruptivos del comportamiento”, en vista de su comorbilidad con otros trastornos presentes en la población infantil.

- Otros progresos de la época

En esta época, como en la de los años setenta, se continuaron desarrollando avances relacionados con el TDAH que consideramos relevantes por la importancia de sus hallazgos.

- Incremento de las investigaciones en la repercusión que tiene el clima social en los síntomas del TDAH para los niños, sus padres y compañeros. Estudiando el efecto de medicamentos y controlando diferentes variables para comprobar los resultados.
- Se estudia de forma teórica si la impulsividad característica del TDAH disminuye o incrementa la actividad en el sistema de inhibición del comportamiento del cerebro.
- Se realizan avances en las herramientas de evaluación, y como consecuencia en los tratamientos. Pero los problemas con las normativas y la ocupada práctica clínica constituyeron dos grandes obstáculos para comenzar su implementación.
- Se desarrolla en la conciencia pública. En esta década surgen asociaciones de apoyo a los padres con hijos diagnosticados por TDAH. Algunas leyes comienzan a hacerse eco, siendo a principios de los noventa cuando el departamento de educación de los Estados Unidos reinterpreta la ley pública 94-142 incluyendo a los niños afectados con TDAH en la categoría de “otras afecciones de la salud”. Gracias a este cambio los niños con TDAH eran considerados como población susceptible de recibir recursos educativos especiales.

1.1.7. El período de 1990 a 1999

En los noventa se realizó un estudio más profundo gracias a los avances en neuroimagen y genética. Aclarando así cuestiones cuya respuesta no había sido anteriormente posible justificar de forma científica.

- La investigación en neuroimagen

Los investigadores sospechaban desde hace mucho tiempo que el TDAH estaba asociado de alguna forma con anomalías o retrasos en el desarrollo del funcionamiento del cerebro.

Además en las investigaciones psicofisiológicas de las primeras décadas de estudio ya se había sugerido la baja actividad cerebral, particularmente en funciones relacionadas con el lóbulo frontal.

Gracias a la neuroimagen se estudió el tamaño del cerebro de los niños con este trastorno, resultando tenerlo más pequeño que los escolares que no están afectados por este trastorno.

El desarrollo de la tecnología de neuroimagen nos ofrece nuevos avances en la investigación sobre las diferencias estructurales en el cerebro que subrayan este desorden.

- Investigaciones sobre genética

Desde los años setenta los estudios han indicado que los padres de niños con TDAH, con o sin hiperactividad, parecen padecer con mayor frecuencia trastornos psiquiátricos; incluyendo el propio TDAH.

A la vez que se realizaban estudios con los padres se hacían entre gemelos, focalizando en la heredabilidad en las dimensiones del comportamiento subrayadas por el trastorno que nos ocupa.

También en esta época algunos investigadores comienzan a utilizar las técnicas de genética molecular para analizar el ADN identificando en niños con TDAH y sus familias los genes que podrían ser asociados con este desorden.

- Otros progresos de la época

- Se presta atención al TDAH en adultos, en concreto con personas que padecieron hiperactividad en su infancia, para estudiar las consecuencias, el diagnóstico y el tratamiento.

- También es notable la publicación de uno de los estudios más rigurosos demostrando la eficacia de los estimulantes en la mejora de este trastorno.
- En el nuevo volumen de la Asociación Americana de Psiquiatría, DSM-IV (1994) se incluyen los criterios con mayor base empírica de la historia de este trastorno.

1.1.8 Nuevo siglo y milenio: del 2000 a nuestros días

Uno de los puntos más importantes ha sido el reconocimiento internacional del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Esto se ha conseguido gracias al aumento de estudios, el incremento de casos detectados, la creación en alza de asociaciones de padres de niños con este trastorno y otros factores que han hecho que hoy en día la mayoría de las personas tengan unas nociones básicas de qué es el TDAH.

Para Pascual-Castroviejo (2009, p.1) el Síndrome de Déficit de Atención/Hiperactividad (SDAHA) se diferencia del TDAH en que:

(...) es un cuadro de comienzo temprano, de alta prevalencia en su expresión comportamental, con etiologías genética, medioambiental y biológica, que persiste a través de la adolescencia y de la edad adulta en una gran mayoría de las personas (de ambos sexos) afectadas.

Esta definición conlleva que alcance mayor cantidad de facetas, reconociendo así sus dimensiones. Tiene en cuenta la presencia de comorbidad con otros trastornos, rasgo que condiciona tratamientos y pronósticos. Ya en 1913 Durot señaló la diferencia entre síndrome y trastorno, aunque se ha continuado utilizando el término trastorno de forma general.

En la definición de Pascual-Castroviejo se acepta que su prevalencia es similar para hombres y mujeres, aunque con ciertas diferencias en las predominancias dominando el déficit de atención en las mujeres y la hiperactividad en los hombres.

El autor considera, además, que las manifestaciones continúan durante la adolescencia y adultez, mientras que hasta hace unos años se consideraba que pertenecían a la infancia.

Para Pascual-Castroviejo es un error argumentar que es una patología que se ha sobredimensionado, ayudando esta afirmación a desarrollar un menor interés por su estudio, tratamiento, identificación e investigación.

Entender que el Déficit de Atención e Hiperactividad abarca un rango mayor del que los estudios habían asumido conlleva un desafío para la investigación. El cambio comienza por tener en cuenta adolescencia y adultez como etapas en las que esta patología se sigue desarrollando y el inicio de un estudio en profundidad para identificar las características de estas edades.

En la actualidad es indudablemente uno de los trastornos aceptados socialmente y mejor estudiados. Los avances en la naturaleza, causas y desarrollo del TDAH no dejan de aumentar; teniendo en cuenta factores familiares, sociales, ambientales, educativos, neuronales, y demás.

Junto con los avances de las últimas décadas en estudios, tratamientos y sus combinaciones; se espera limitar en gran medida los deterioros y problemas experimentados por las personas diagnosticadas con TDAH, con este fin también se realiza el estudio en el que nos encontramos.

1.2 RESUMEN

A modo de resumen para agrupar la evolución terminológica y conceptual del TDAH se podría decir que es en 1980 cuando se acuña el término “déficit de atención con y sin hiperactividad” en el Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III) (APA, 1980) centrándose en los aspectos cognitivos y, más concretamente, en los atencionales.

En la versión del mismo documento del año 1994 (DSM-IV) se mantiene el término “déficit de atención con hiperactividad” introduciendo tres subtipos: inatento, hiperactivo-impulsivo y combinado (American Psychiatric Association, 1994).

Más tarde, en DSM-V (2013), se ha actualizado la definición para describir también a los adultos afectados. Se han adaptado los criterios para adultos con el objetivo de garantizar que los niños puedan recibir atención durante toda su vida, en caso de ser necesario (American Psychiatric Association, 2013).

Nos encontramos ante una terminología que podemos concebir como novedosa, esto ocurre porque a pesar de comenzar su estudio a principios del siglo XX no es hasta la década de los 70 del mismo cuando tanto el concepto como la detección y tratamiento comienzan a conocerse socialmente.

En el cuadro de la página a continuación se muestra, de forma clara y esquemática, la evolución terminológica y conceptual del TDAH.

Año	Autor	Concepto TDAH
1897	Bourneville	Inquietud psicomotora, inatención, indisciplina, desobediencia
1899	Clouston	Perturbaciones conductuales
1901	Demoor	Corea mental
1902	Still	Defectos del Control Moral
1907	Philippe y Boncour	Escolar Inestable

1908	Tredgold	Deficientes Mentales
1913	Durot	Primera diferenciación síntoma-síndrome
1914	Heuyer	La hiperactividad como síndrome
1922	Hohman	Síndrome de Inestabilidad Psicomotriz
1923	Ebaugh	
1923	Vermeulen	Introduce variables neurocognitivas
1924	Streker y Ebaugh	Trastorno de Conducta Postencefálico
1934	Kahn y Cohen	Síndrome de Impulsividad Orgánica
1947	Strauss y Lethinen	Síndrome de Lesión Cerebral
1956	Hoff	Trastorno hiperkinético
1960	Chess	
1962	Clements y Peters	Disfunción Cerebral Mínima
1968	DSM-II	Reacción Hiperkinética en la infancia y adolescencia
1972	Douglas	Déficit Atencional
1975	OMS, CIE-9	Síndrome Hiperkinético de la Infancia
1980	APA, DSM-III	Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad
1987	APA, DSM-III-R	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad
1992	OMS, CIE-10	Trastornos Hiperkinéticos

1994	APA, DSM-IV	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad
2000	APA, DSM-IV-R	
2014	APA, DSM-V	

Tabla 1. Resumen de la evolución terminológica y conceptual del TDAH. Fuente: Elaboración Propia.

1.2.1 El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: principales transformaciones conceptuales

Según Gratch (2009) lo realmente nuevo durante la evolución del término es la aceptación de que el trastorno no siempre desaparece espontáneamente y por razones aún no del todo conocidas durante la adolescencia, sino que en algunos casos puede persistir hasta la adultez (tipo residual).

Hay una opinión compartida, entre los autores que hablan de este síndrome, en considerar que tanto la actividad motora excesiva, el bajo nivel de atención y la impulsividad/falta de control son las características más significativas que definen al niño hiperactivo (Cebrián y Pérez, 2005).

Si nos centramos en la hiperactividad, se manifiesta una actividad casi permanente e incontrolada, sin dirección específica a ningún fin y en circunstancias comúnmente inapropiadas.

Si situamos el foco en el déficit de atención, se caracteriza por la dificultad/incapacidad de los afectados para concentrarse en los estímulos durante un tiempo determinado. Vendría a caracterizar uno de los síntomas más significativos del trastorno.

Otras de las características que crean desventaja respecto a sus iguales son las anomalías perceptivo cognitivas y el déficit en la capacidad de retención. La primera imposibilita ver las cosas formando parte del todo, percepción muy importante para conceptualizar elementos separados que deben ser globalizados, esto da lugar a problemas como dislexia y disgrafía. La segunda se refiere a la pobre capacidad que tienen comúnmente para retener ideas y conceptos debido, entre otras cosas, a las tensiones emocionales casi constantes.

No hay unanimidad científica respecto a un factor o causa específica que se asocie con el TDAH, sea orgánica o ambiental.

A lo largo de los años se han barajado términos como disfunción cerebral, retraso madurativo, factores genéticos, factores socioculturales y demás; términos relacionados con el trastorno pero sin consistencia empírica que demuestre la causalidad del mismo (Cebrián y Pérez, 2005).

Según Gratch (2009, p. 13) “Si sabemos que la tríada sintomática básica del TDAH consiste en: inatención, impulsividad y, a veces, hiperactividad, es fundamental visualizar de qué manera afectan estos síntomas la vida de quienes lo padecen o cómo éstos se presentan clínicamente”.

Ser impulsivo significa actuar en lugar de pensar, hacer antes de pensar en qué quiero hacer y por qué lo quiero hacer. La impulsividad se manifiesta de un modo diferente según el momento evolutivo en el que un individuo se encuentre; por ejemplo, en la edad escolar se manifiesta a través de dificultades en el aprendizaje, durante la adolescencia a través de peleas con pares, robos, etc. y en la adultez como inestabilidad emocional, fácil irascibilidad, toma rápida de decisiones que requerirían mayor reflexividad (Gratch, 2009).

Es común en la sociedad actual tener la percepción de que cada vez hay más diagnosticados y tratados con este trastorno. La realidad es que no ha aumentado el número de personas que poseen las dificultades propias del TDAH con respecto a épocas anteriores.

La diferencia está en que son diagnosticadas más personas debido a que se mejoraron los métodos diagnósticos, se conoce que este cuadro también se presenta en las mujeres y se sabe que puede permanecer como trastorno residual después de la adolescencia.

Siempre han existido personas con trastornos de atención, pero hasta el estudio y conceptualización del TDAH fueron consideradas de bajo rendimiento intelectual, “vagas”, inmaduras o simplemente desmotivadas para aprender. Muchas de ellas padecían las dificultades típicas del TDAH y nunca lo supieron ni pudieron ser tratadas.

1.3 COMORBILIDAD Y CAUSALIDAD MÚLTIPLE

Una de las características del TDAH que se desarrolla y prevalece durante toda la vida es la asociación que con frecuencia se da con otros trastornos (Spencer, Biederman y Mick, 2007).

El concepto de comorbilidad no tiene por qué implicar relación de interdependencia o causalidad entre los diferentes trastornos, sino que se refiere a la probabilidad de asociar las patologías de este grupo al TDAH ya que un número significativo de personas poseen ambas.

En las últimas décadas se ha evidenciado que, en un alto porcentaje de casos, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad se da acompañado de un amplio espectro de trastornos psicopatológicos (Bennet, 2000).

Esto dificulta el, ya complejo, estudio de este trastorno planteando la cuestión del diagnóstico diferencial entre los trastornos con los que coexiste y el propio TDAH (Epstein et al., 1991; Abikoff y Klein, 1992; August et al., 1996).

Un importante porcentaje de niños, adolescentes y adultos TDAH experimentan algún otro trastorno psiquiátrico también, por lo que lo extraño es encontrar el TDAH delimitado a las manifestaciones que por definición tiene el trastorno (Ambrosini, Bennett y Elia, 2013; Elías y Estañol, 2006).

Hay otras conductas que son asociadas frecuentemente a este trastorno, como la agresividad, los problemas sociales, dificultades de aprendizaje, problemas emocionales pero no son considerados específicos de este síndrome.

Muchos de los TDAH no concluyen sus tareas escolares porque no saben cómo afrontarlas, no tienen los conocimientos ni las habilidades que les facilitarían esta labor.

Para saber cómo afrontar estas tareas deben realizar un esfuerzo, dedicar un tiempo e inhibir la impulsividad; estas condiciones no son fáciles de cumplir y por ello el aprendizaje suele verse resentido.

Lo que suele ocurrir es que aprenden estrategias de aprendizaje pero evitan el análisis de éstas, siendo utilizadas únicamente cuando un agente externo dirige la tarea, por tanto carecen de autonomía para resolver los problemas por sí mismos (Orjales, 2002).

El tener más de un trastorno afecta de forma significativa en los indicadores de calidad de vida psíquica: salud física, autoestima, salud mental, impacto sobre los padres y

limitaciones en la vida de la familia, como demostraron los resultados del trabajo de Klassen, Miller y Fine (2004).

Kadesjö y Gillberg (2001) realizaron un estudio en Suecia cuyos resultados fueron que el 87% de los niños que cumplían con las características para ser diagnosticados TDAH tenían, al menos, otro trastorno más. Seguido de un 67% que cumplían los criterios de, por lo menos, dos trastornos comórbidos al TDAH. Siendo los más comunes el trastorno de conducta negativista desafiante y el del desarrollo de la coordinación.

En 2007 se realizó un estudio a gran escala en el que participaron más de 5000 niños con TDAH (Larson, Russ, Kahn y Halfon, 2011). En él se señala que un 67% tenía por lo menos otro trastorno mental o del neurodesarrollo, siendo la asociación más frecuente con dificultades del aprendizaje, trastornos de comportamiento, ansiedad y depresión en los porcentajes que aparecen en el gráfico a continuación.

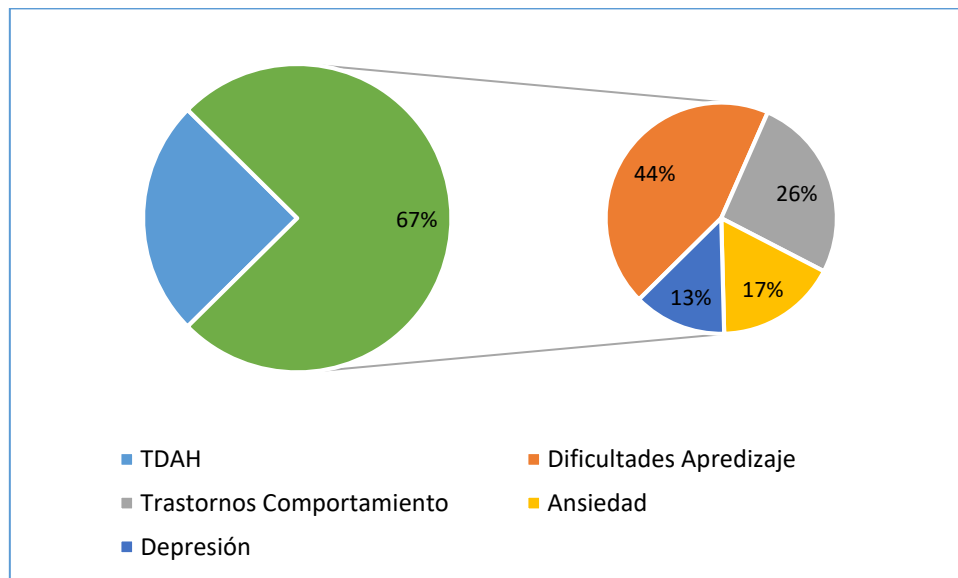


Gráfico 1. Resultados del estudio de Larson, Russ, Kahn y Halfon (2011). Fuente: Elaboración Propia.

Según dicho estudio la edad y el sexo no afectaban a la probabilidad de padecer comorbilidad, pero los que pertenecían a un bajo estatus socioeconómico tenían un 30% de probabilidad de presentar comorbilidad frente al 8% de los TDAH cuyas familias tenían un estatus socioeconómico acomodado.

Roselló, Amado y Bó (2000) realizaron un estudio con una muestra española en la que evaluaron la presencia de trastornos externalizantes y la comorbilidad internalizante.

Los resultados mostraron que respecto a los factores externalizantes había diferencia según el subtipo en el que focalicemos el estudio, pero la comorbilidad con los internalizantes no se pudo establecer diferencia entre ellos dándose en los tres subtipos de TDAH.

Algo más reciente es el estudio de Ambrosini, Benett y Elia (2013) en el que participaron 500 niños con el trastorno que nos ocupa y de los que el 43'6% presentaba trastorno negativista desafiante, el 18'8% depresión menor y el 13'2% ansiedad generalizada.

Los estudios recientes parecen indicar que los patrones de comorbilidad se mantienen en el mismo individuo con el paso del tiempo, por lo que es necesario detectarlos para realizar un pronóstico e intervención adecuados.

A la luz de los datos obtenidos por los diferentes autores podemos decir que es necesario tener en cuenta para el diseño de las propuestas de intervención la comorbilidad con otros trastornos, ya que se da en una parte importante de los TDAH.

En la actualidad los diagnósticos psiquiátricos consisten en una serie de categorías diagnósticas, enumeradas y descritas como entidad individual en el DSM-IV.

Estas categorías se dividen en los deterioros: emocional, cognitivo y conductual. Más tarde Brown (2006b) adapta estas clasificaciones para describir cómo la superposición de unas categorías a otras dan origen a la comorbilidad.

A continuación describiremos los trastornos que comparten con frecuencia los afectados por TDAH:

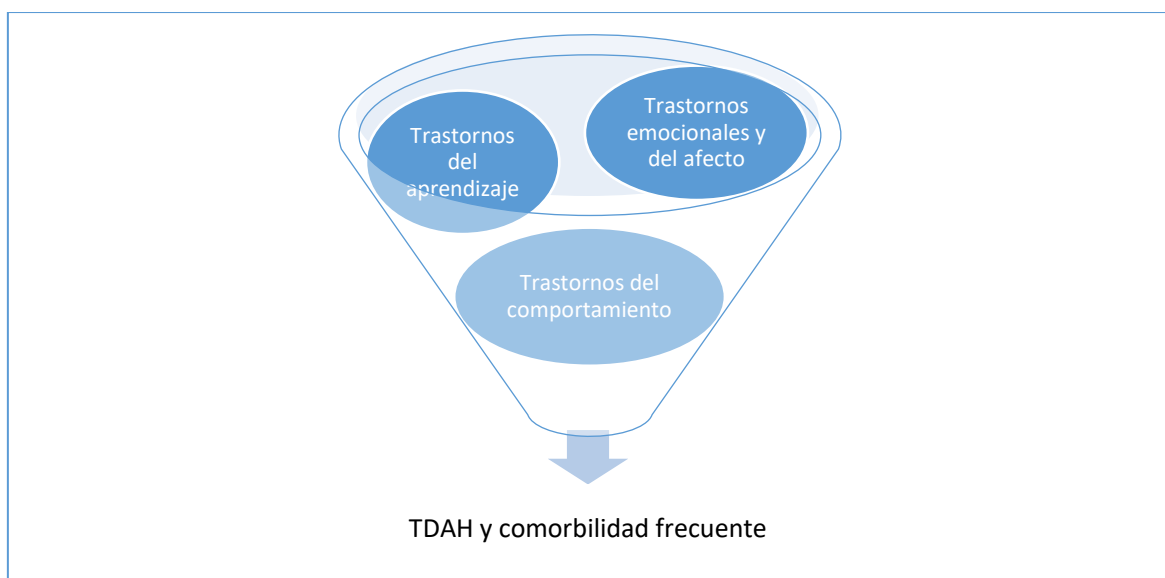


Figura 8. TDAH y comorbilidad común, según Brown. Fuente: Elaboración Propia.

La comorbilidad con éstos puede influir en el diagnóstico, pronóstico o tratamiento del TDAH por lo que es importante que sean tenidos en cuenta y detectados desde un primer momento.

1.3.1 Trastornos emocionales y del afecto

En este apartado incluiremos tanto la ansiedad como la depresión que son, como hemos visto en líneas superiores, dos de los trastornos que son frecuentemente comórbidos con el TDAH.

Los problemas de afectividad son comunes en personas con este trastorno, como Pascual-Castroviejo (2009) describe la falta de afectividad se pone de manifiesto desde muy pequeños y es uno de los síntomas comórbidos más suaves y que puede pasar más desapercibido a las personas externas al entorno familiar.

Además de lo ya comentado es frecuente que los afectados por TDAH presenten problemas para tolerar la frustración y una pobre autorregulación emocional.

- TDAH y Trastornos de Ansiedad

Los Trastornos de Ansiedad (TA) van desde la fobia a la ansiedad por separación y ataque de pánico, abarcando así un heterogéneo espectro de trastornos. Muchos de los niños TDAH presentan ansiedad ante situaciones como separarse de los padres, dormir solos, exceso de preocupación por la salud, molestias cuando van al colegio, etc.

Algunos estudios indican que en la población pediátrica general la prevalencia de TA oscila entre el 6 y 20% mientras que en los afectados por el Trastorno Déficit de Atención e Hiperactividad aumenta hasta encontrarse entre el 25 y 50% (Costello, Egger y Angold, 2005).

Hay factores, como son déficits en habilidades sociales, las dificultades académicas, las limitaciones en la memoria de trabajo verbal y la atención, la sobreprotección, el rechazo de los iguales o la ausencia de una actitud parental positiva, que contribuyen a que se dé esta asociación entre TDAH y TA (Pfiffner y McBurnett, 2006; Manassis et al., 2007).

Teniendo en cuenta estos resultados obtenemos que los niños que padecen ambos tienden a tener mayor dificultad de estos niños para adaptarse a las actividades de ocio, a la escuela, para relacionarse en casa y con los compañeros.

- TDAH y Depresión

Pasamos a continuación a describir, de forma sintética, la comorbilidad del TDAH y la depresión. Según Pliszka (2009) más un tercio de los niños con TDAH cumplen los criterios para diagnosticar depresión, mientras que entre un 25 y un 50% de los que padecen depresión tienen TDAH. Esta aparente discordancia puede deberse a varios motivos, entre ellos:

- Capacidad para verbalizar los síntomas
- Enfoque adoptado en los trabajos de los que se obtienen los datos
- Desacuerdo entre los informantes: profesores, padres y niños

En el estudio realizado por Reátegui y Vargas (2008) el 46'7% de los pacientes con TDAH que componían la muestra, entre 7 y 17 años, presentaban síntomas depresivos relevantes.

Sea como fuere, los diagnosticados de TDAH en la infancia tienen mayor riesgo de padecer depresión que los niños que no padecen este trastorno, siendo habitual que la depresión aparezca varios años después de la manifestación de los síntomas de TDAH (Chronis-Tuscano et al., 2010).

Por lo general los síntomas depresivos pueden ser asociados con la baja autoestima, la pérdida de interés en las actividades, estado de ánimo irritable, cambios de apetito, sentimientos de inutilidad y culpa, dificultades en el sueño y fatiga (Spencer, Biederman y Mick, 2007; Houck et al, 2011).

La investigación realizada por Seymour et al. (2012) compara chicos con y sin TDAH entre 10 y 14 años analizando el papel regulador de las emociones entre la depresión y el TDAH. Los resultados obtenidos confirmaban lo que los autores se plantearon en las hipótesis iniciales: los jóvenes sin TDAH padecen menos depresión y una mejor regulación emocional, por lo que las emociones sí realizan un papel importante como variable mediadora.

A finales de los noventa Jensen, Martin y Cantwell (1997) trabajaron en esta misma línea, concluyendo que la comorbilidad puede ralentizar la evolución y agravar algunos de los síntomas del TDAH.

1.3.2 Trastornos del aprendizaje

Es habitual que los estudiantes con TDAH presenten también Dificultades de Aprendizaje (DA) que suelen conllevar un bajo rendimiento y problemas académicos. Según Biederman, Faraone y Lapey (1992) las DA representan entre el 20% y el 40% de los trastornos comórbidos más frecuentes.

Tal y como describe Pascual-Castroviejo (2009) cuando hablamos de dificultades en el aprendizaje nos entramos en el aprendizaje escolar. En él incluimos dificultades para comprender y utilizar los lenguajes de forma hablada y escrita. A veces se concreta en la incapacidad de escucha, otras para entender, otras para memorizar, a veces para elaborar una respuesta y en otras ocasiones se conoce la respuesta pero la dificultad se presenta en cómo expresarla, bien sea por oral o por escrito.

Las dificultades académicas suelen ser fruto del déficit de atención, de la impulsividad, de la calidad de los refuerzos ambientales, de otros elementos psicopatológicos asociados y de la propia capacidad de desarrollar mecanismos compensadores.

Es por estas dificultades de atención, control ejecutivo y memoria que estos niños manifiestan peores calificaciones, menor rendimiento escolar y un porcentaje más elevado respecto a sus iguales de casos en los que deben recibir apoyo.

Relacionado con las DA encontramos el trastorno de la lectura, el trastorno de las matemáticas y el trastorno del lenguaje, que incluye la expresión escrita y la comunicación.

Según Gratch (2009), los diferentes estudios epidemiológicos demuestran de forma fehaciente que los trastornos de aprendizaje suelen manifestarse a través de la dificultad para el aprendizaje de la lectoescritura, de la inversión de letras y/o números, dificultad para realizar operaciones matemáticas y/o entender las metáforas.

1.3.3 Trastornos del comportamiento

Los trastornos del comportamiento más comunes son, de acuerdo con López y Romero (2013):

- Trastorno oposicionista desafiante o negativista desafiante (TOD o TND)
- Trastorno disocial (TD) o trastorno de conducta (TC)

El primero de ellos se refiere a un patrón que se da de forma recurrente en los niños con TDAH al llegar a la adolescencia, desarrollando conductas hostiles, desafiantes y desobedientes ante las figuras de autoridad. Es importante discernir entre un comportamiento característico del TND, en el que se desobedece de forma voluntaria, de otros síntomas del TDAH en el que la desobediencia es debida al olvido de las órdenes recibidas o el despiste del niño.

El trastorno disocial es el más grave de los trastornos del comportamiento, en él se agrede a personas y animales, se destruyen objetos y se violan las normas. Los adolescentes con este trastorno son deficientes en habilidades de resolución de problemas y tienen serias dificultades en la interacción social, bien sea con sus iguales o con los adultos (padres, profesores y, en general, figuras de autoridad).

1.4 MODELOS TEÓRICOS EXPLICATIVOS DEL TDAH EN LA ACTUALIDAD

La Real Academia de la Lengua define modelo como: “un esquema teórico de un sistema o de una realidad compleja, que se elabora para facilitar su comprensión y el estudio de su comportamiento”.

A continuación describiremos el modelo de Douglas, que revolucionó el campo de la investigación y expandió el término TDAH que utilizamos en la actualidad.

Posteriormente destacaremos las tres líneas en las que se apoyan los estudios más recientes: hipótesis cognitiva, hipótesis motivacional e hipótesis basada en dos o más vías.

Y para terminar profundizaremos en un último modelo que en la actualidad está teniendo especial relevancia social y mediática, la perspectiva crítica.

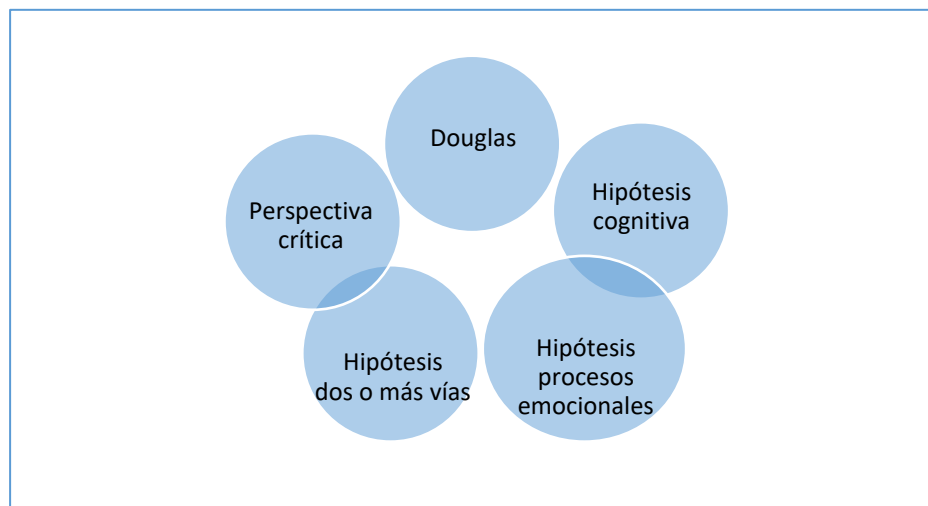


Figura 9. Modelos teóricos explicativos del TDAH. Fuente: Elaboración Propia.

1.4.1 Modelo de Virginia Douglas

El modelo de Douglas tiene especial importancia en el campo del TDAH porque centra el interés en el área atencional del trastorno, dando lugar a la diferenciación entre el trastorno con o sin hiperactividad y restando importancia al foco principal de estudio hasta ese momento, la actividad motora.

En 1972 en el Instituto McGill de Canadá, Virginia Douglas y su equipo demostraron con datos que los niños hiperactivos no tenían por qué presentar dificultades de aprendizaje

atribuibles a problemas de memoria, audición y otras habilidades (Servera, Bornas y Moreno, 2001).

Dejaron atrás el concepto “síndrome reactivo cinético” para expandir el término que utilizamos hoy en día, TDAH. Clasificaron las deficiencias secundarias en tres áreas:

- Déficit de motivación intrínseca con asociación al bajo rendimiento.
- Déficit al desarrollar esquemas y estrategias, siendo poco adaptativas y excesivamente rígidas.
- Déficit metacognitivos para la planificación y el posterior control de las acciones propias.

Estas deficiencias provocaban que estos niños tuviesen constantemente situaciones en las que fracasaban. Fracasos que podrían generalizarse al área socio-educativa afectando de forma importante a las predisposiciones del niño, que generalmente acaba por convertirse en déficit de funcionamiento.

Entre los déficits de funcionamiento los más relevantes son la falta de esfuerzo, mantenimiento de la atención y organización; siendo características diferenciadoras de estos niños. Suelen presentarse también problemas de desinhibición e impulsividad, aunque de forma secundaria a los de búsqueda de estimulación y los problemas atencionales.

Es por esto que se crea un trastorno por déficit de atención sin que necesariamente esté relacionado con una sobreactividad motora, y con predominio de evaluación y tratamiento centrado en los procesos atencionales.

Douglas considera que el origen del TDAH es la presencia de cuatro predisposiciones básicas en el niño:

- Poco interés o rechazo por dedicar esfuerzo e interés a tareas complejas.
- Tendencia a la búsqueda de gratificación inmediata y de estimación.
- Baja capacidad de inhibición de las respuestas impulsivas
- Escasa capacidad en la regulación de la activación para resolver problemas.

El modelo parte de los trabajos realizados por el equipo de investigación cuya muestra eran niños afectados con problemas de hiperactividad y aprendizaje. Realizaron una

batería de test, destacando tareas de procesamiento de información. Se encontró como clave la atención sostenida/vigilancia.

Las predisposiciones especificadas en líneas superiores pueden deberse a factores sociofamiliares o constitucionales, como puedan ser ambiente familiar confuso, refuerzo de conductas impulsivas, falta de reforzamiento en la resolución de problemas, etc. Estas características, que pueden hacerse visibles desde los primeros años de vida, se relacionan con las deficiencias secundarias que habitualmente se manifiestan cuando el niño comienza la etapa escolar (Servera, Bornas y Moreno, 2001).

Tras la gran influencia de este modelo durante los años ochenta comienzan a aparecer hallazgos opuestos a los del modelo de Douglas, centrados en el papel de los déficits conductuales y en las limitaciones de los estimulantes (Haenlein y Caul, 1987).

Una década después, se realizaron estudios sobre este modelo en los que se señala que el marco de la disfunción más general del procesamiento de la información también podría englobar los déficits atencionales (Leung y Connolly, 1994; Sonuga-Barke et al., 1996).

1.4.2 Modelos basados en la hipótesis de procesos cognitivos

Diversos estudios sugieren que los síntomas del TDAH son debidos a un déficit primario de las funciones ejecutivas, planteando así que las alteraciones neurofuncionales y neuroanatómicas de los afectados por el TDAH se deban al déficit de las mismas.

A continuación profundizaremos en los modelos de Barkley, Brown, Mirsky y el modelo cognitivo-energético. Todos ellos conforman el apartado de modelos basados en la hipótesis de procesos cognitivos.

Por funciones ejecutivas entendemos aquellas relacionadas con las funciones cerebrales para iniciar, organizar, integrar y manejar otras funciones.

Entre las funciones ejecutivas que permiten estas capacidades encontramos las que aparecen en la figura a continuación.

Motivación
Memoria de trabajo
Atención sostenida
Flexibilidad cognitiva
Razonamiento
Regulación emocional
Formación de conceptos
Control de impulsos

Figura 10. Funciones ejecutivas. Fuente: Elaboración Propia.

Gracias a estas funciones somos capaces de medir las consecuencias de nuestras acciones a corto y largo plazo y planificar los posibles resultados. Las funciones ejecutivas permiten la evaluación de las acciones cuando se van a llevar a cabo y la flexibilidad de realizar los ajustes necesarios cuando con la acción realizada no se obtiene el resultado esperado.

Hace aproximadamente una década Willcutt, Doyle, Nigg, Faraone y Pennington (2005) realizaron una revisión cuyos resultados señalaron la existencia de un deterioro en las áreas de la función ejecutiva significativo, siendo más importantes en las medidas de inhibición de respuesta, memoria de trabajo, vigilancia y planificación.

Existen diferentes modelos de funciones ejecutivas, dos de los investigadores más relevantes en el estudio de las mismas, en relación con el TDAH, han sido Barkley y Brown.

- Modelo de Autorregulación de Barkley

Barkley, director de la sección de psicología del Hospital Clínico de la Universidad de Massachussets, propone en su Modelo de Autorregulación (1997) que el déficit en la inhibición de respuesta es el factor principal para explicar el deterioro producido en el TDAH.

A su vez este factor involucra tres procesos relacionados entre sí: la inhibición de la respuesta prepotente inicial a un evento, la interrupción de una respuesta en curso y la protección frente a las distracciones (Servera, 2005).

Por tanto, el fundamento de su modelo es el concepto de inhibición conductual o autorregulación. Entiende por autorregulación la capacidad individual para frenar las respuestas motoras que se manifiestan en respuesta a un estímulo, evento o suceso, inhibición que se produce para sustituir esta respuesta por otra más adecuada.

En este proceso se debe tanto inhibir la ejecución de la respuesta como evitar los estímulos externos o internos que interfieran ese proceso, llamado resistencia a la distracción.

Siguiendo a Orjales (2000) durante la demora de respuesta se activan las, denominadas por Barkley, funciones ejecutivas; éstas son las actividades mentales autodirigidas que evitan la distracción y ayudan a que se preste atención a unas nuevas metas más adecuadas y a los pasos que llevarán a su consecución.

Para Barkley, en los afectados por TDAH, al inhibirse se alteran de forma secundaria cuatro funciones ejecutivas y de control motor (Servera 2005) que se muestran en el gráfico a continuación.

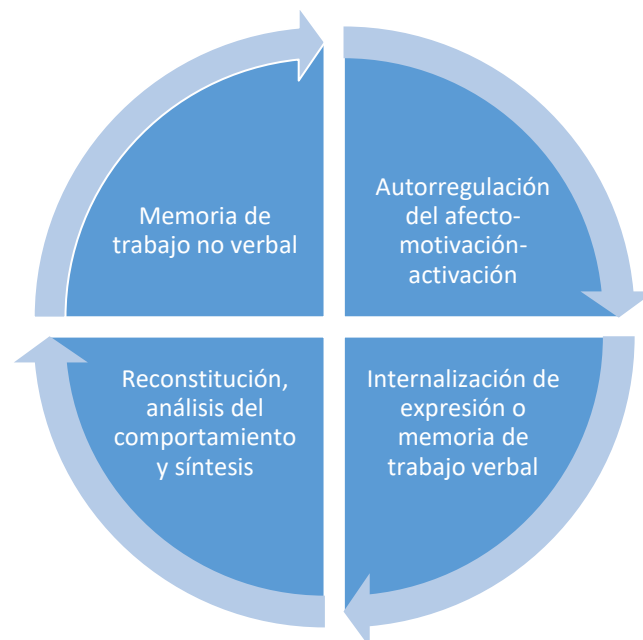


Figura 11. Funciones ejecutivas y de control motor alteradas en los afectados por TDAH, según Barkley.
Fuente: Elaboración Propia.

Cada una de estas funciones ejecutivas se caracterizan por:

- Memoria de trabajo no verbal, capacidad de mantenimiento interno de la información que se utilizará para controlar la emisión de respuestas y que permanecerá latente durante la ejecución de la tarea.
- Autorregulación del afecto-motivación-activación; es un ejercicio fundamental para la activación y el mantenimiento de la conducta hacia una tarea concreta. La autorregulación se consigue con la correlación significativa de las cargas afectivas y la memoria de trabajo.
- Internalización de expresión o memoria de trabajo verbal, se refiere al proceso por el que el pensamiento se sirve de la acción por medio del habla, permitiendo la autorregulación del comportamiento a través de reglas o pautas de acción.
- Reconstitución, análisis del comportamiento y la síntesis; se refiere a la capacidad lingüística para representar objetos, acciones y propiedades que existen en el medio. Para Barkley la reconstitución se da a través del análisis y la síntesis; en el primero se fragmentan las conductas observadas y en el segundo se vuelven a combinar para el diseño de nuevas acciones.

El autor centra su modelo en la dificultad que presenta para los afectados por el TDAH la inhabilidad de auto-regulación. Entiende que estas personas no son capaces de reaccionar de forma reflexiva y tienden a actuar impulsivamente sin tener en cuenta las consecuencias futuras.

El modelo de Barkley podría decirse que es el que explica de forma más completa los mecanismos que intervienen en los procesos autorreguladores de los afectados por TDAH, al tener como foco principal de su investigación la inhibición de los aspectos conductuales.

- Modelo de Autorregulación de Thomas E. Brown

Brown, director asociado y psicólogo clínico de la Clínica para la Atención y otros Trastornos Relacionados del Departamento de Psiquiatría de la Escuela de Medicina de la Universidad de Yale (USA), desarrolla un modelo con el que describir las funciones ejecutivas afectadas por el trastorno utilizando entrevistas clínicas. Su muestra fueron niños, adolescentes y adultos diagnosticados según los criterios de DSM.

Los hallazgos de esta investigación, que comparaba las descripciones que hacían de sus problemas las personas con TDAH con las que realizaban el grupo de muestra sin este trastorno, hicieron que Thomas dividiese las funciones ejecutivas en estas seis agrupaciones (Brown, 2001):



Figura 12. Funciones ejecutivas, según Thomas. Fuente: Elaboración Propia.

Cada una de estas funciones ejecutivas se caracterizan por:

- Activación: organizar, priorizar según intereses y emprender, activarse para la acción.
- Foco: capacidad de concentración, atender a las tareas según interés.
- Esfuerzo: regulación del estado de alerta, mantener el esfuerzo y la velocidad de procesamiento.
- Emoción: manejar la frustración y modular las emociones.
- Memoria: uso de la memoria de trabajo y acceso a los recuerdos.
- Acción: controlar las acciones y la autorregulación

Para este autor las personas con TDAH tienen impedimento en al menos un aspecto de cada uno de los grupos, y el hecho de que con asiduidad se presenten juntos hace pensar que existe relación clínica entre ellos.

Las funciones ejecutivas están relacionadas con el lóbulo frontal, que es la estructura cerebral encargada de recibir la información y coordinar las demás estructuras del cerebro (Elías y Estañol, 2006).

El área prefrontal del lóbulo frontal controla funciones ejecutivas como: atención sostenida, flexibilidad cognitiva, motivación, memoria de trabajo, formación de conceptos, razonamiento, control de impulsos y regulación emocional.

Entendidas como capacidades que permiten organizar, planificar, dirigir la conducta hacia un objetivo, inhibir las distracciones, centrarse en una tarea y demás que permiten el adecuado desempeño de distintas tareas y adaptación al entorno.

La principal aportación de este modelo es la clasificación de las diferentes dificultades que pueden encontrarse partiendo del déficit de atención. Por ello es muy beneficioso, desde el punto de vista pedagógico, para diseñar y desarrollar acciones educativas teniendo en cuenta estas limitaciones atencionales.

- *Modelo Cognitivo-energético*

También encontramos el Modelo Cognitivo-energético (Sergeant, 2000; Artigas-Pallarés, 2009) basado en la idea de que los factores energéticos son fundamentales para explicar los déficits de rendimiento. El modelo presenta tres niveles:

- cognitivo, que incluye mecanismos computacionales de la atención
- arousal, activación y esfuerzo
- control, relacionado con el funcionamiento ejecutivo

Estos modelos surgen a partir de las carencias para explicar las características cognitivo-conductuales de los modelos cognitivos.

Para explicar estos modelos hay que atender a aquellos trabajos que explican el trastorno desde la alteración de los procesos asociados al sistema de recompensa debido a la afectación de los circuitos estriado-talámico-corticales, es decir, las vías

neuronales que conectan la región del estriado ventral con regiones de la corteza frontal y orbitofrontal.

- *Modelo de Déficit Atencional de Mirsky*

Este modelo (Mirsky, 1996) hace incidencia en los problemas de atención, que para él son la suma de:

- Atención focalizada y ejecución: controladas por áreas perceptivo-motoras y sensoriales, el tálamo, el sistema límbico y la formación reticular.
- Atención sostenida: mantenimiento de la atención, regulada por estructuras de la formación reticular que permiten mantener el arousal y la atención.
- Codificación: procesamiento de datos con la memoria de trabajo, es la encargada de mantener la información, es controlada por el hipocampo.
- Alternancia: capacidad para cambiar el foco de atención de forma flexible y adaptada según la necesidad, la estructura que posibilita esta atención es el córtex frontal, según este modelo.

Los TDAH tendrían dificultades en al menos uno de estos procesos. Este modelo especifica cada elemento de la atención, convirtiéndose así en una visión relevante en el estudio de este trastorno.

1.4.3 Modelos basados en la hipótesis de procesos emocionales

Los trabajos agrupados que agrupa este modelo explican el TDAH asociando la alteración de los procesos al sistema de recompensa. Surgen como respuesta a las deficiencias mostradas por los modelos cognitivos al explicar las características cognitivo-conductuales de los TDAH.

El Modelo de Aversión a la Démora de Sonuga-Barke et al. (1992) indica que los TDAH prefieren una recompensa inmediata menor a una recompensa mayor pero tardía. Tienen dificultad para posponer recompensas y también para trabajar de forma adecuada durante largos períodos de tiempo.

Otros autores cuyo hallazgos son similares señalan que tienen dificultad para esperar recompensas o estímulos que les motiven y trabajar durante un tiempo prolongado comparativamente con el grupo control (Kuntsi, Oosterlaan y Stevenson, 2001; Luman, Oosterlaan y Sergeant, 2005; Scheres et al., 2007; y Tripp y Alsop, 2001).

1.4.4 Modelos basados en la hipótesis de dos o más vías

En la actualidad, del 2000 en adelante, están surgiendo estos modelos que basan la explicación sobre la etiología del TDAH en la heterogeneidad del trastorno, señalando la existencia de varias vías asociadas a diferentes mecanismos neurobiológicos afectivos y cognitivos para explicar la sintomatología.

El Modelo Dual de Sonuga-Barke (2002, 2003), amplía el Modelo de Aversión a la Démora, visto en el apartado anterior. En éste se observa un déficit ejecutivo en la capacidad de control inhibitorio de la conducta y una alteración de los circuitos de recompensa.

El Modelo de Nigg y Casey (2005) señala que las deficiencias en el desarrollo podrían disminuir el desarrollo del control cognitivo y afectivo, además de otras operaciones mentales mediadas por la corteza prefrontal y resultar de esto los síntomas de los pacientes con TDAH.

En la actualidad se están proponiendo distintos planteamientos complementarios para explicar el origen del trastorno. No resulta fácil lograr una explicación consensuada por la comunidad científica debido a la heterogeneidad de sus características y la particularidad de la sintomatología.

1.4.5 Modelos críticos

De un tiempo a esta parte se ha hablado, sobre todo de forma informal (foros, blogs y demás en Internet) de la entrevista en la que Leon Eisenberg, conocido psiquiatra estadounidense que “descubrió” el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, aseguraba al semanario alemán Der Spiegel meses antes de fallecer que esta enfermedad era ficticia.

Muchos medios se han hecho eco a través de Internet de esta noticia, publicando también sus propias apreciaciones al respecto (poner ejemplos). Hay otros medios que,

en respuesta a la oleada de dudas que ha representado esta noticia, aseguran que la traducción es incorrecta entendiendo que lo que el psiquiatra quería explicar trataba más sobre el excesivo diagnóstico del trastorno que sobre la existencia o no del mismo.

Lo cierto es que desde el punto de vista científico no existe certeza de que el famoso psiquiatra dijese esas palabras en ese sentido. Indagando en la historia del trastorno el papel de Eisenberg en la década de los sesenta fue defender la inclusión, junto con Mike Rutter, de un síndrome hiperkinético en la segunda edición del DSM (1969). Quedando así justificado que en la pormenorizada revisión realizada en líneas superiores Eisenberg no tenga un papel tan trascendental como algunos medios parecer querer hacer ver.

Tras realizar una exhaustiva búsqueda de teorías científicas que apoyen esta crítica al TDAH hemos encontrado algunos autores cuyas puntualizaciones al respecto exponemos a continuación:

- Fred Baughman (2009) es neurólogo conocido por su intervención en el coloquio sobre TDAH celebrado en México. En ésta afirmó que el TDAH se creó por consenso teniendo en su base factores y procedimientos no científicos. Narró su participación en una reunión de la “National Institution of Mental Health” en la que se afirmó sin presentar pruebas de estudios cerebrales que los niños con las actitudes descritas para el TDAH poseían un cerebro un 10% menor que el resto. Afirmando que el acuerdo buscaba “vender fármacos”.
- José Luis Cano Gil (2010), psicoterapeuta y escritor, pone en tela de juicio que el TDAH pueda ser causado de forma orgánica.
- Marino Pérez Álvarez (2014), especialista en Psicología Clínica y catedrático del Departamento de Psicología de la Universidad de Oviedo, asegura que el TDAH es una armonización de intereses en los que confluyen padres, profesores, clínicos, investigadores, políticos y fabricantes de fármacos y cuyos perjudicados son los niños que “viven dopados”.

En Internet, como se ha comentado en líneas anteriores, hay una considerable cantidad de entradas en blogs y páginas de noticias que confirman las afirmaciones de Eisenberg y la teoría de una conspiración farmacéutica.

Si buscamos la fiabilidad de la documentación debemos atender al último artículo publicado por dicho autor: Commentary with a Historical Perspective by a Child Psychiatrist: When “ADHD” was the “Brain-damaged child” (Eisenberg, 2007).

En él el autor reseña que en 40 años el TDAH ha pasado de ser poco frecuente a tener una prevalencia, en Estados Unidos, del 8% de los niños entre 4-17 años; con su correspondiente prescripción de medicamentos.

Comenta que cuando terminó sus estudios el término para referirse a las características que hoy definimos como Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad era Síndrome de Lesión Cerebral (Brain-damaged child). Eisenberg resumió en un artículo en 1957 las características clínicas de este trastorno, para diferenciarlo del resto. Éstas son:

Hipercinesia (refiriéndose al movimiento excesivo)
Período de atención corto, marcada distracción
Delicadeza del estado de ánimo
Ansiedad, pudiendo alcanzar niveles de pánico
Gradualidad del déficit intelectual
Comportamiento antisocial, aunque de forma menos consistente

Figura 13. Características del Síndrome de Lesión Cerebral, según Eisenberg. Fuente: Elaboración Propia.

Con el tiempo, tras la defensa del propio autor y Mike Rutter de los argumentos que lo justificaban, estas características pasaron a denominarse TDAH (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, ADHD). Lo que en ese momento no podían imaginar, como el propio autor comenta, era el aumento de diagnósticos y tratamientos que se daría en los siguientes años.

No hay datos de cuántas personas padecían o eran susceptibles de padecer la enfermedad antes de esta nomenclatura, pero sí conocemos el incremento de forma exponencial posterior.

Según el propio autor, en un estudio realizado a principios de este siglo, la tasa de tratamiento con estimulantes en Estados Unidos era el doble de la tasa de niños que cumplían de forma inequívoca con los criterios marcados para el TDAH. Esto corrobora la dificultad de controlar el abuso de estimulantes, no ya de forma individual, sino social.

De este artículo podemos deducir que el autor confirma asombrado el aumento del diagnóstico, en muchos casos sin cumplir con los requisitos necesarios, y su consecuente medicación. Eisenberg nos advierte, por tanto, de las serias consecuencias que puede tener para un niño una medicación inadecuada para mejorar un trastorno que no padece.

Lo que no aparece en el artículo es declaración alguna en la que podamos deducir que el trastorno a cuyo estudio ha dedicado su vida sea una falacia, criticando en cambio la explotación que de él se ha hecho y el exceso de medicación.

No profundizaremos en el ámbito médico, neurológico o psiquiátrico, donde algunos estudiosos basan las afirmaciones sobre la inexistencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, ya que nuestra investigación es de carácter educativo y estos aspectos se escapan de nuestro alcance.

Desde las asociaciones de afectados y el campo científico se defiende que la afección es real y tiene base teórica, metodológica y científica. Este trastorno influye en el comportamiento en el aula, en la comprensión de contenidos y en el rendimiento académico.

1.5 ADOLESCENCIA Y TDAH

Hemos incluido el apartado que relaciona adolescencia y TDAH al considerar que es una edad especialmente convulsa y en la que, hasta hace relativamente poco tiempo, no se planteaba la continuidad del TDAH.

Consideramos esencial que la relación entre la adolescencia y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad sea tratada con especial interés, ya que hablamos de un rango de edad relativamente novedoso en relación con el TDAH y en el que los alumnos deben estar escolarizados de forma obligatoria.

Multitud de personas con ciertas nociones sobre TDAH creen que este trastorno disminuye con la edad hasta desaparecer en la edad adulta. Durante la adolescencia los jóvenes aún están escolarizados. De esta forma los problemas que han tenido durante la Educación Primaria en aprendizaje continúan o, en no pocos casos, se acentúan.

Es por esto que nos parece relevante profundizar en el TDAH relacionado con el adolescente, ya que los docentes que impartan materias a alumnos con estas edades también deben formarse en este trastorno.

La adolescencia es una época convulsa para cualquier persona, la mayoría de los jóvenes adolescentes piensan cada día en su aspecto físico y social.

Además es un momento vital en el que el adolescente debe organizarse por sí mismo, tomar decisiones, establecer prioridades y demás. Momento en el que se deben controlar tareas concretas, las exigencias escolares han aumentado, también las interacciones sociales complejas y además deben planificar su futuro a corto y largo plazo.

Cualquier adolescente sufre el aumento y complejidad de la demanda de sus tareas y sus relaciones sociales en un momento en el que el desarrollo físico y social dificulta las interacciones con los compañeros, debiendo tener en cuenta el trasfondo sexual en las relaciones sociales.

Según Brown (2006a), el problema surge cuando los adolescentes diagnosticados TDAH son incapaces de bloquear estas preocupaciones. Esto conlleva a la interferencia significativa en la capacidad, ya mermada, de mantener la atención en las tareas escolares. Además puede ser más difícil que para el resto de sus compañeros controlar el miedo al ridículo.

Es durante la adolescencia cuando se desarrolla la capacidad de relacionar las elecciones presentes con las metas y objetivos a más largo plazo. Este aspecto depende de la memoria de trabajo y, en consecuencia, se ve alterado en los jóvenes TDAH.

Hay estudios que apuntan a que aquellos adolescentes que en la infancia tuvieron antecedentes de hiperactividad tienen más probabilidades de padecer problemas sociales y de salud mental, incurrir en la delincuencia y tener fracaso escolar (Castells y Castells, 2012).

Esto puede relacionarse con que, aunque entre los 13-15 años el exceso de actividad suele comenzar a disminuir, durante la adolescencia aún tienen problemas residuales de aprendizaje y bajo rendimiento que pueden continuar en la vida adulta.

Hasta hace unos años se ha considerado que el trastorno disminuye e incluso desaparece al llegar a la adolescencia, creencia incentivada por la disminución de la actividad física. Era común pensar que la pauta de conducta hiperactiva mejoraba al comienzo de la pubertad de modo paralelo a la maduración fisiológica del niño y como consecuencia de ella.

Hoy se sabe que se mejoran algunos síntomas, pero se mantienen las pautas conductuales hiperactivas (Gargallo, 2005).

Encontramos estudios que demuestran que el TDAH persiste durante la adolescencia y la juventud en un 10-60% de los casos (Spencer et al., 1998), algunos años después, según Ramos, Bosh y Casas (2009), el porcentaje podría elevarse hasta el 70%.

Se ha especulado sobre la evolución clínica observable una vez se llega a la adolescencia. Multitud de trabajos concluyen que existe una tendencia a la estabilización e incluso a la disminución de varios signos característicos de trastorno a los 9 años (Gillberg, Gillberg y Groth, 1989, Peters, Romine y Dykman, 1975; Szatmari y Taylor, 1984; Taylor et al., 1988).

Pero cada vez es más evidente que esto no es así y hay estudios que demuestran que no sólo no disminuyen estas características sino que tienden a aumentar (Mednik y Michelsen, 1977; Lunsing et al., 1992).

En los años 80 se realizaron varios estudios prospectivos de entre 15 y 20 años de duración en los que se confirma la presencia del trastorno en adultos. Esta afirmación ha sido cuestionada durante años porque la naturaleza del TDAH hace que sus

síntomas evolucionen de forma conjunta con quien lo padece, a diferencia de otros trastornos cuyo inicio también es en la infancia.

Esto hace que en ocasiones quien lo padece logra encontrar la forma de compensar sus déficits enmascarando la presencia del TDAH y dificultando su diagnóstico y tratamiento.

Generalmente, los problemas de atención tienden a disminuir durante el desarrollo mientras que las influencias genéticas permanecen y los efectos ambientales se acumulan. Así cada persona desarrolla diferencias individuales según se hayan relacionado todos los factores en su crecimiento (Hernández, García y Galán, 2009).

López et al. (2012) realizaron un estudio de seguimiento con niños y adolescentes en España del que se obtiene que el 30% de la muestra bien había empeorado, bien seguía igual. Los factores que se asociaron a esto fueron el incumplimiento del tratamiento farmacológico, la comorbilidad psiquiátrica con otros trastornos, una crianza inadecuada y el estrés psicosocial.

Durante la adolescencia, la hiperactividad motora es casi imperceptible, ya que desarrolla la capacidad de permanecer quieto o sentado como el resto. Sí se mantienen las dificultades en el control de la impulsividad y atencionales. La impulsividad se manifiesta en acciones o comentarios sin pensar, aunque a continuación se arrepienta de inmediato (Mena et al., 2010).

Nos encontramos ante una etapa vital en la que el autoconcepto depende en gran medida de los logros personales, académicos y sociales, y del concepto que los demás tengan de nosotros. Estos son dominios en los que habitualmente los adolescentes TDAH no tienen demasiado éxito, llevándoles a experimentar falta de confianza en sí mismos, sentimientos de indefensión y síntomas depresivos.

En la línea de Gratch (2009), entendemos que los adolescentes pueden arrastrar, desde la infancia, daños en la autoestima. Se tienen por poco inteligentes y se sienten incapaces de afrontar con éxito tareas en comparación con sus iguales. El adolescente en general suele presentar una autoestima frágil.

Esto empeora si tenemos en cuenta que los niños diagnosticados TDAH ya poseen, en la mayoría de los casos, una baja autoestima desde la infancia.

Siguiendo al mismo autor también es importante considerar la base etiológica del TDAH, por la que parece existir un trastorno neuroquímico que mejora con la ingesta de psicofármacos estimulantes.

Por tanto, cuando estos jóvenes prueban drogas que poseen estos efectos sienten una rápida mejoría en sus rendimientos. Al “sentirse mejor” con la ingesta de éstos resulta realmente difícil convencerles de los efectos tóxicos de estas sustancias.

Debemos focalizar la atención en las conductas asociadas al trastorno que, al mezclarse con los cambios psicológicos y físicos propios de la edad, hacen más difíciles superar los retos propios de esta etapa de desarrollo.

Retos que, por otro lado, desempeñan dificultad para cualquier joven como pueden ser: la búsqueda de la identidad, el desarrollo de la independencia propia, la aceptación de los compañeros, el desarrollo de las relaciones afectivas significativas, el manejo de los cambios en su desarrollo físico y en sus impulsos sexuales y la toma de decisiones en cuanto al futuro educativo y laboral (Bauermeister, 2014). Por lo menos un 30% de los niños y adolescentes con TDAH tiene también un trastorno de aprendizaje (Silver, 2004).

Un trastorno del aprendizaje, según Silver (2004) debemos entender que el primer paso es la entrada de información (input), en él nuestro cerebro recibe la información a través de los sentidos.

Más tarde el cerebro debe comprender dicha información, la integración. El siguiente paso es almacenar la información que hemos comprendido para posteriormente poderla recuperar, la memoria. Por último, el cerebro realiza la salida de información (output) comunicándose con otras personas.

El proceso de aprendizaje es muy complejo, pero con estos pasos podemos entender el lugar en el proceso donde un trastorno del aprendizaje puede afectarnos.

A modo de resumen podemos ver a continuación las afecciones más comunes de trastornos del aprendizaje (Silver, 2004, p.80).

Discapacidades de entrada de la información	Discapacidades de la integración	Discapacidades de la memoria	Discapacidades de salida de la información
<ul style="list-style-type: none"> • Percepción visual • Percepción auditiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Secuenciación <ul style="list-style-type: none"> • Auditiva • Visual • Abstracción <ul style="list-style-type: none"> • Auditiva • Visual • Organización <ul style="list-style-type: none"> • Auditiva • Visual 	<ul style="list-style-type: none"> • Memoria auditiva a corto plazo • Memoria visual a corto plazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Lenguaje demanda • Motora <ul style="list-style-type: none"> • Motricidad gruesa • Motricidad fina

Figura 14. Trastornos del aprendizaje, según Silver. Fuente: Elaboración Propia.

Si consideramos que algunos alumnos comienzan a tener problemas en edades tempranas es fácil entender por qué tienen trastornos del aprendizaje. Otros aprenden las habilidades básicas pero tienen interferencias sobre la comprensión lectora, el lenguaje escrito, los conceptos matemáticos avanzados y esto hará que desarrollen estos trastornos de aprendizaje.

Podemos encontrar alumnos cuyo trastorno de aprendizaje interfiere con las habilidades de organización que prácticamente no tengan problemas hasta la adolescencia, y jóvenes con dificultades en la función ejecutiva que podrán llegar a la adolescencia tardía sin prácticamente ningún problema del aprendizaje (Silver, 2004).

Continuando con el mismo autor podemos decir que existen otra serie de problemas a los que, por no estar directamente relacionados con la educación, haremos mención sin profundizar en ellos para que puedan ser tenidos en cuenta en un futuro.

Tienen fundamentalmente base neurológica y suelen ser comórbidos con el TDAH, por ello es relevante hacer mención a los mismos. Éstos son los que aparecen en la figura de la página a continuación.

Trastornos de la regulación	Trastornos de Tics	Trastornos psiquiátricos secundarios	Dificultades sociales
<ul style="list-style-type: none"> •Regulación de la ansiedad •Regulación de la ira •Regulación del estado de ánimo •Trastorno bipolar •Trastorno obsesivo-compulsivo 	<ul style="list-style-type: none"> •Tics transitorios •Tics motores crónicos •Tics vocales crónicos •Trastorno Tourette 	<ul style="list-style-type: none"> •Interiorización del estrés •Exteriorización del estrés •Somatización del estrés •Uso de otras estrategias para afrontar el estrés 	<ul style="list-style-type: none"> •Problemas sociales secundarios •Problemas sociales de base neurológica

Figura 15. Otros problemas comórbidos del TDAH, según Silver. Fuente: Elaboración Propia.

Además de todo lo anterior debemos tener en cuenta que, en lo que a la escuela se refiere, la mayoría de la estructura educativa y apoyo que había prestado el colegio se difumina a la edad adolescente.

En esta etapa aumentan la cantidad y complejidad de los deberes, el tiempo necesario para aprender el temario y la necesidad de concentración y autocontrol.

Muchos adolescentes también participan en actividades deportivas o culturales y comienzan a tener un grupo de amigos lo que, a menudo, implica pasar mucho tiempo con ellos (Brown, 2006a).

Tenemos, por tanto, un grupo de adolescentes cuyas características propias de la etapa (como los cambios físicos, una frágil autoestima y los comportamientos oposicionistas con la familia) se suman a las dificultades que, desde la infancia, vienen sufriendo respecto al aprendizaje, auto-concepto y relación con los iguales.

Según Larry Silver (2004) hay ciertos problemas emocionales y conductuales, además de los mencionados anteriormente, que son específicos en la edad adolescente:

- Resistencia a la escuela y a aprender: algunos alumnos llegan a la edad adolescente padeciendo TDAH y sin haber sido diagnosticados o sin haber recibido un tratamiento adecuado para dar una respuesta eficaz a sus problemas de aprendizaje. Esto puede provocar el abandono del interés por aprender, evitando realizar las tareas escolares e incluso asistir a clase. Actualmente no disponemos de estadísticas de alumnos de instituto con TDAH.

- Consumo de alcohol y sustancias: la mayoría de los estudios sugiere que un niño TDAH diagnosticado y tratado precozmente tendrá la misma probabilidad que el resto de la población de consumir alcohol u otras sustancias en su adolescencia. Cuando no es diagnosticado o el diagnóstico es tardío esta probabilidad aumenta. Por tanto podemos entender que el tener TDAH no es un factor de riesgo, lo que sí se convierte en uno es no haberlo detectado ni tratado.
- Comportamiento impulsivo: la adolescencia es una época de inseguridad, si a ello le sumamos posibles problemas sociales y de aprendizaje se observa un aumento de conductas de oposición, luchas de poder y conflictos en la vida cotidiana. Estas conductas pueden llegar a ser destructivas, llegando a poner en peligro la vida del sujeto. He aquí la necesidad imperante de conocer cómo ayudar a los adolescentes con este trastorno.

De un tiempo a esta parte encontramos que está surgiendo un “Nuevo paradigma de la adolescencia” (Marina, Rodríguez y Lorente, 2015).

En él se investiga e informa de los cambios que se están produciendo en la consideración de la adolescencia al considerar que esta edad está pasando de ser una época de crisis para padres y docentes a el segundo mejor momento para el aprendizaje.

En este paradigma vuelve a retomar la etimología de edolescere, que significa crecer.

Algunos de los rasgos de esta edad de crecimiento personal para este paradigma, en la línea de Marina, Rodríguez y Lorente (2015) son:

- El aprendizaje es la función de la biológica y social de la adolescencia, el cerebro adolescente aprende más cantidad y más deprisa. Desde la infancia un proceso dinámico dota de flexibilidad al cerebro permitiendo la redefinición de éste. La madurez aumenta las conexiones entre las diferentes regiones del cerebro permitiendo una mayor complejidad e integración de pensamientos. En la adolescencia los sistemas cerebrales que regulan las emociones sufren un cambio en su equilibrio, como resultado se asumen riesgos en busca de novedades y se muestra interés por los iguales y las relaciones con ellos.
- Las posibilidades que se presentan necesitan ser apoyadas por el desarrollo de las expectativas respecto a la adolescencia, más confianza y más exigencia. Este rasgo es una consecuencia del reconocimiento de la adolescencia como

una época de posibilidades. En este nuevo paradigma se pone el foco en aquello que el adolescente puede hacer por la sociedad, sin olvidar lo que la sociedad debe hacer por el adolescente.

- Es necesario fomentar el talento adolescente para obtener éxito en las tareas evolutivas de esta edad. Entendemos como talento el realizar las tareas de cada edad de la mejor forma posible y la capacidad para realizar determinadas actividades de forma sobresaliente como talento especializado.
- El talento podría desarrollarse con el fomento del empoderamiento de los adolescentes, asumir la autonomía. Para ello debemos promover programas adecuados cuya principal característica se enfoque a este fin. La tarea evolutiva de la adolescencia es la adquisición de una identidad propia y los nuevos roles sociales, conseguir ser autónomo y hacerse cargo de su propia vida. La función de la educación debe ser, por tanto, emancipatoria y empoderante. Además, es en esta época evolutiva cuando se deben establecer los principales vínculos afectivos, políticos, sociales y éticos; estando necesariamente relacionadas autonomía y responsabilidad.

De este modo, en la línea de Marina, Rodríguez y Lorente (2015), la adolescencia se conforma en una etapa en la que debemos aprender a gestionar los cambios sociales y emocionales, se conforma nuestro crecimiento personal y además tenemos la capacidad de aprender a un nivel que anteriormente no nos fue posible y que posteriormente será más difícil alcanzar.

Dejamos atrás la visión del antiguo paradigma en la que la atención se focalizaba en los déficits y problemas de esta etapa. La adolescencia se conforma evolutivamente como el momento en el que tomar las riendas de la propia vida y enfrentarse al mundo.

Para ello el adolescente busca nuevas emociones, ampliar sus relaciones con los iguales, la necesidad de explorar, es gracias a esto que en esta época vital se comienza a abandonar la seguridad del hogar para conocer nuevas experiencias y para construir una personalidad propia.

Esta búsqueda ha sido vista comúnmente como problemática mientras que este nuevo enfoque lo entiende como una oportunidad.

Por todo esto entendemos que la adolescencia como etapa vital requiere especial atención. Al encontrarnos ante alumnos diagnosticados TDAH estamos focalizando

además en un grupo vulnerable de padecer sufrimiento psíquico que puede desembocar en conductas agresivas, consumo de estupefacientes y diferentes fracasos sociales y laborales.

CAPÍTULO 2:

EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD: RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN Y PERSPECTIVAS DE ESTUDIO

2.1 El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: Resultados y

hallazgos de investigaciones en el ámbito escolar

2.1.1 Estudios que definen los perfiles escolares de los afectados por el

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

2.1.2 Investigaciones que relacionan el Trastorno por Déficit de Atención e

Hiperactividad y el aprendizaje académico

2.1.3 Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y profesorado

2.1.4 Familias y estilos educativos parentales de los afectados por el

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y profesorado

2.2 Principales perspectivas científicas en la investigación sobre el

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

2.2.1 Neurología y clínica

2.2.2 Psicología

2.2.3 Pedagogía

CAPÍTULO 2

EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD: RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN Y PERSPECTIVAS DE ESTUDIO

*El comportamiento humano
deriva de tres fuentes principales:
el deseo, la emoción y el conocimiento. - Platón*

En este segundo capítulo queremos contextualizar los estudios relacionados con el TDAH realizados en los dos últimos decenios del siglo XX.

Hemos considerado pertinente incluir en este capítulo los hallazgos más relevantes de la investigación sobre este trastorno ya que en la evolución de los estudios se percibe las necesidades de los afectados por el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Estas necesidades en un principio parece que debían ser cubiertas por la medicina pero, según los estudios profundizaban en la temática, también las familias y las escuelas figuran como agentes educativos claves en la evolución de los afectados por TDAH.

Nos resulta interesante conocer cómo se ha desarrollado la investigación científica en relación con el propio trastorno en sí mismo, como también el acervo de conocimientos generado sobre los distintos agentes educativos (familias e institución escolar) que conviven con los afectados.

Las investigaciones sobre el TDAH han adquirido mayor relevancia en las últimas décadas por la repercusión en la sociedad actual. Como se ha afirmado en capítulos anteriores es un trastorno cuyos porcentajes de afectados fluctúan entre el 5 y el 10% de escolares a nivel mundial.

El TDAH ha evolucionado tanto en terminología como en tratamientos gracias a las investigaciones que se han realizado desde su descubrimiento. A continuación, realizaremos una revisión sistemática de la literatura de los principales estudios llevados a cabo.

2.1 EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD: RESULTADOS Y HALLAZGOS DE INVESTIGACIONES EN EL ÁMBITO ESCOLAR

Aunque el TDAH no es un trastorno “nuevo”, las primeras investigaciones emergen a finales del S. XX. dado que hace relativamente pocos años que la comunidad científica había comenzado a desarrollar de forma generalizada sus estudios sobre él.

Este incremento en la atención investigadora se debe, entre otras causas, al aumento de diagnósticos realizados.

Además la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica en 1995 la “Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud” donde el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es ubicado en la clasificación 19.1, apartado correspondiente al Trastorno Hipercinético.

El punto “19.1 Trastorno de la actividad y de la atención”, a su vez, se subdivide en:

- Trastorno por Déficit de Atención y Síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad
- Trastorno hipercinético disocial
- Otros trastornos hipercinéticos
- Trastorno hipercinético sin especificación

A raíz de esta publicación aumentó el interés científico por el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Influyó además en el crecimiento asociativo de familiares de afectados que buscaban mejorar las situaciones cotidianas de los escolares y conocer mejor el trastorno para afrontarlo adecuadamente.

Es por estos motivos que los estudios que presentamos a continuación datan de los dos últimos decenios del S. XX. La proliferación de estudios en todos los campos relacionados con el trastorno, en mayor medida médico, educativo y familiar, ha promovido un mayor conocimiento y tratamiento sobre el TDAH.

A continuación se desarrollarán, brevemente, las investigaciones sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad más relevantes. Especialmente aquellos centrados en el ámbito educativo y los agentes que influyen en el aprendizaje del escolar.

Se pretende así contextualizar y dar a conocer cuáles han sido los avances científicos más relevantes sobre el trastorno en las últimas décadas.

Para facilitar su lectura y comprensión los estudios serán desarrollados en los siguientes apartados:

- Perfiles escolares de los afectados por el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
- Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y profesorado.
- Familias y estilos educativos parentales de los afectados por el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
- Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y aprendizaje académico.

2.1.1 Estudios que definen los perfiles escolares de los afectados por el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

En este apartado serán incluidos todos aquellos estudios cuyo foco de atención se centre en definir el perfil escolar del afectado por TDAH. Se encuentran, por tanto, aquellas investigaciones que relacionan a los afectados por este trastorno con el ámbito escolar.

Margalit y Caspi (1985) indagan, mediante una intervención ecológica, las interacciones docente-alumno para estudiar los cambios en las mismas. Presentan ocho estudios de caso de niños de ocho años, con coeficiente intelectual de 109, que tenían problemas de aprendizaje y cuyo diagnóstico era hiperactividad.

Al seguir el modelo ecológico, el centro de atención pasa de estar en el sujeto a hacerlo en los estímulos ambientales, que son controlados por el educador. Por ello, se hace hincapié en el aula y la interacción entre escolares y docentes.

En 1986 se realiza un seguimiento trienal de 19 niños de primer y tercer curso de educación primaria. La muestra de esta investigación, llevada a cabo por Johnston y Pelham (1986), son niños diagnosticados hiperactivos con desorden de atención.

La conclusión tras las observaciones es que los registros realizados por los maestros son un instrumento para predecir la conducta agresiva en niños con estas características.

Schachar, Sandberg y Rutter (1986) realizan una investigación en un aula, en él la muestra se componía de 33 niños de seis y siete años. Las conductas objetivo del

estudio que quedarían registradas eran: inatención, hiperactividad y conducta desafiante.

El instrumento de medida fue la escala Conners para maestros. Tras realizar este estudio se mostró que existía un alto grado de concordancia entre la conducta de hiperactividad e inatención y las conductas desafiantes hacia el profesor.

Margalit (1989) compara la competencia social y el ajuste social. Trabaja con dos grupos: uno compuesto por 52 niños con problemas de conducta y el otro formado por 31 niños con problemas de aprendizaje. Cada uno de ellos se subdividió en dos grupos más teniendo en cuenta si estos presentaban, o no, hiperactividad.

Las conductas a observar en el aula se conformaban en categorías como: Extraversión-Introversión, Hostilidad-Consideración, Independencia-Dependencia. Los resultados mostraban diferencias significativas que hacen concluir que los profesores deben intervenir con cada grupo adecuándose a estas características.

Margalit y Almougy (1991) identificaron dificultades de aprendizaje que desarrollaban los niños con hiperactividad. Se estudian cuatro grupos de estudiantes de entre 7 y 10 años y se observa la conducta en el aula y la relación con el clima familiar.

Se concluyó que los grupos con dificultades en el aprendizaje tenían más conflictos intrafamiliares y relaciones interpersonales más dependientes, mientras que las familias de los niños hiperactivos eran menos tolerantes y pacientes y tenían menos control sobre ellos.

También en 1991 es estudiada en Nueva Zelanda la relación entre las habilidades de lectura, la atención sostenida y el registro que el docente realiza en los problemas de conducta de niños con hiperactividad (Lam y Beale, 1991).

La muestra se compuso de 174 niños de entre siete y diez años. Se les aplicó el Delay Task, el Continuous Performance Test y el Progressive Achievement Tests of Reading.

Los docentes tenían como objetivo registrar la conducta y para ello se utilizó la escala de registro Conners para maestros. Se obtuvo una correlación significativa entre dos de las pruebas y los resultados que median la inatención a través de la escala Conners.

Bauermeister et al. (1992b) llevaron a cabo una investigación con dos grupos de puertorriqueños, un primer grupo de 665 niños de entre 4 y 5 años y el segundo de 6 a 13 años compuesto por 680 niños. El objetivo de este estudio fue comparar y analizar las conductas con atención deficiente con hiperactividad y conducta desafiante y de

oposición registrada por los maestros. La muestra había sido referida por los servicios psicoeducativos.

Los resultados del primer grupo sugirieron que algunos síntomas podían ser incluidos en todos los trastornos mencionados en líneas superiores. En cambio, en el grupo cuyas edades eran mayores se observaban datos polarizados con diversos elementos de conducta como: inatención-distracción, hiperactividad-impulsividad y conducta desafiante.

Las conclusiones sugerían que la concepción bidimensional parecía más apropiada para el segundo grupo, mientras que la unidimensional sí que era útil para el registro del primer grupo de edad.

Northup (1995) estudia los efectos diferenciales de la atención de los iguales y el maestro sobre la conducta de niños diagnosticados como hiperactivos con déficit de atención. Se estudiaron tres niños, dos de ellos con siete años y la tercera niña con nueve.

Los resultados concluyeron que la atención de los compañeros incrementaba las conductas adecuadas en el aula, sirviendo así de refuerzo positivo.

Hemos considerado pertinente destacar tres estudios realizados en el año 2005:

- Servera (2005): revisa el modelo de autorregulación y funciones ejecutivas de Barkley.
- Vaquerizo-Madrid, Estévez-Díaz y Pozo-García (2005): plantean la didáctica de Gillig como herramienta útil tras el análisis de las competencias narrativas de los niños con TDAH.
- López-Campo et al. (2005): estudian cuáles son los componentes de las pruebas de función ejecutiva y atención en niños con este trastorno.

Consideramos de gran relevancia la investigación llevada a cabo por Gómez (2010) en la que evaluó el rendimiento académico de niños diagnosticados TDAH, estén bajo tratamiento farmacológico o no. Pretende valorar las diferencias en los resultados académicos observando a su vez las diferencias significativas relativas al aprendizaje.

Las conclusiones fueron que todos los alumnos aprenden de la misma forma, la diferencia está en los puntos débiles, necesitando los niños con TDAH trabajar

sistemáticamente las estrategias metacognitivas implicadas en los procesos de aprendizaje.

A continuación, se ha diseñado una tabla en la que se relacionan los autores de estos estudios con el año de las investigaciones y el objeto de estudio investigado. Los estudios que se han incluido tanto en esta tabla, como en las que siguen en los apartados a continuación, tienen sus objetivos relacionados con la investigación sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Se ha considerado pertinente esta aclaración ya que, por abreviar, en las tablas no aparecen siempre las siglas referentes a este trastorno. La elaboración de las tablas tiene como finalidad mostrar de forma clara y esquemática la información ofrecida en este apartado.

AUTOR/ES	AÑO	OBJETO DE ESTUDIO
Margalit y Caspi	1985	Interacciones docente-alumno
Johnson y Pelham	1986	Predicción de conducta agresiva
Schachar, Sandberg y Rutter	1986	Inatención, hiperactividad y conducta desafiante
Margalit	1989	Competencia social y ajuste social
Margalit y Almougy	1991	Tipos de dificultades de aprendizaje
Lam y Beale	1991	Relación: habilidades de lectura, atención sostenida y registro docente de los problemas de conducta
Bauermeister et al.	1992	Comparar y analizar conductas de atención deficiente con hiperactividad, desafiante y de oposición
Northup	1995	Efecto de la atención de los iguales y el maestro sobre la conducta

Servera	2005	Revisión modelo de autorregulación y funciones ejecutivas de Barkley
Vaquerizo-Madrid, Estévez-Díaz y Pozo-García	2005	Utilidad de la didáctica de Gillig
López-Campo et al.	2005	Componentes de las pruebas de función ejecutiva y atención
Gómez	2010	Rendimiento académico

Tabla 2. Resumen de los estudios que definen los perfiles escolares de los TDAH. Fuente: Elaboración Propia.

2.1.2 Investigaciones que relacionan el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y el aprendizaje académico

De los apartados creados para dar cuenta de las principales investigaciones relacionadas con el TDAH, este es el que incluye un número mayor de estudios. Se recopilan aquí aquellos hallazgos que hacen referencia a características del trastorno que podrían afectar al rendimiento de los escolares.

El aprendizaje académico puede verse condicionado por muchas causas, intrínsecas y extrínsecas. Las características del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad suponen, como queda reflejado en los estudios a continuación, el escolar afectado no pueda seguir correctamente el ritmo de las clases ni consiga concentrarse de forma adecuada.

Esto hace que su aprendizaje académico sea diferente al de los demás y por ello hemos considerado de gran relevancia desarrollar en este apartado los hallazgos a este respecto.

Biederman recibe, junto a un grupo de investigadores (Biederman et al., 1999), el encargo por parte del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIHM) de realizar un estudio en el que participen sólo niñas con o sin TDAH de edades entre 6 y 18 años. La investigación contó como muestra con 122 niñas que no presentaban

TDAH, conformando el grupo control, y 140 que sí habían sido diagnosticadas con este síndrome.

En dicho estudio se compararon una gran variedad de características entre ambos grupos para evaluar que problemas se asociaban al TDAH. Al ser el estudio más largo hasta la fecha sobre niñas con TDAH nos detendremos a exponer los principales hallazgos:

- Del grupo de niñas diagnosticadas sólo el 7% tenían el tipo hiperactivo-compulsivo, siendo el 27% las que poseían el tipo inatento y elevándose hasta el 59% las que lo tenían combinado.
- En comparación con el grupo control las niñas con TDAH presentaron mayor frecuencia en comorbilidad con trastornos como oposicionismo desafiante, humor, ansiedad, conducta y abuso de sustancias; y también fueron relevantes los resultados con trastornos como enuresis primaria y tics. En porcentajes, un 45% presentaban comorbilidad, y sólo un 4% presentaba más de dos trastornos. Bien es cierto que la tasa de comorbilidad es alta, pero no llega a los valores de los varones, que prácticamente es el doble. Los autores consideran que esto puede deberse a que las conductas disruptivas son causa principal de diagnóstico en los niños y la menor incidencia de las mismas podría explicar la diferencia tan significativa. En cambio el uso de sustancias obtiene porcentajes mayores para las chicas, siendo cuatro veces mayor en el hábito de fumar. Por último se encontró similar en ambos sexos el porcentaje de trastornos de ansiedad y humor.

Por su parte, Miranda y Presentación (2000) estudiaron los efectos de dos programas de intervención cognitivo-conductual. Uno de ellos es el programa de Kendall, Padever y Zupan adaptado y el otro es la combinación de éste con uno de técnicas para controlar la ira.

Para realizar el análisis los niños fueron separados en cuatro grupos de tratamiento: grupo TDAH con tratamiento cognitivo-conductual de auto-control, grupo TDAH con dicho tratamiento además del de entrenamiento del manejo de la ira, grupo TDAH y conductas agresivas con tratamiento cognitivo-conductual de auto-control y grupo TDAH y conductas agresivas con tratamiento combinado (como el segundo grupo).

La hipótesis es que ambos programas debían mejorar las deficiencias de autorregulación de estos niños. Los resultados mostraron en el grupo de niños con

TDAH que cuando se incluye el entrenamiento en el manejo de la ira la eficacia en la reducción de comportamientos antisociales es mayor.

El TDAH es un trastorno por el que se inhiben los impulsos propios e interfiere en la auto-regulación. Por ello, los afectados por el trastorno conocen qué hacer pero no son capaces de autorregular el comportamiento debido a su inhabilidad para reflexionar previamente, sin importar la tarea a ejecutar.

Valdizán, Navascués y Sebastián (2001) estudian la cartografía cerebral en relación con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Los hallazgos de estos autores dejan ver que en el área frontal se da un exceso de actividad, pero el tipo de actividad que se da es lenta.

En el mismo año Calderón (2001) investiga el impacto en alumnos con TDAH de ocho centros de enseñanza de una intervención cognitivo-conductual. Los centros que componían la muestra eran de Educación Primaria, localizados en Granada, siendo cinco concertados y tres públicos.

Se evaluó el control perceptivo-motor, el control inhibitorio, la atención y la memoria. La intervención formaba a padres y docentes y entrenaba posteriormente al alumnado. Los resultados mostraron mejoras significativas en las conductas problemáticas de los alumnos tanto en el contexto familiar como en el escolar.

Los tratamientos farmacológicos, las alteraciones electroencefalográficas, el uso de la magnetoencefalografía en el estudio del sustrato neurofuncional de las funciones ejecutivas en el TDAH y el metilfenidato de liberación inmediata son foco de diversos estudios (Papazian, Alfonso y García, 2002; Castañeda-Cabrero et al., 2003; Mediavilla-García, 2003; Etchepareborda et al., 2004; Mulas et al., 2004) que consideramos relevante mencionar por la importancia de los mismos.

Entendemos que deben ser citados por las aportaciones médicas que supusieron en relación con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, pero no profundizaremos en ellos por no ser del campo educativo y escapar del ámbito de interés de nuestros objetivos.

Betancourt, Jiménez-León y Jiménez-Betancourt (2006) estudian la comorbilidad en niños y adolescentes entre TDAH y los trastornos del sueño. Más tarde Poeta y Rosa-Neto (2007) ponen el foco en las características biopsicosociales de los TDAH como factor de riesgo.

La versión IV del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV) expone unos criterios para el diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, utilizando las escalas comportamentales de DuPaul, Power, Anastopoulos y Reid para padres y profesores se realiza un análisis del valor predictivo de dichos criterios (Cardo, Bustillo y Servera, 2007).

La organicidad del TDAH es estudiada por Mulas et al. (2007), quienes realizan una revisión de los hallazgos neurobiológicos que la ponen en evidencia.

La investigación de Crespo et al. (2007) se realiza para investigar la comprensión de los niños TDAH respecto a los significados no literales en la oralidad y de las frases hechas en la vida cotidiana. Ese mismo año, Valdizán, Mercado y Mercado-Undanivia (2007) investigan la variabilidad clínica y las características del trastorno en niñas con el objetivo de explicar posibles subtipos femeninos.

Es relevante señalar la celebración del Simposio Internacional “Hiperactividad y Déficit de Atención: desde la personalidad a la patología” en el año 2009. Se pone el foco de interés en la neurología, ya que es coordinador por el Dr. Ignacio Pascual-Castroviejo, exjefe del Servicio neurológico en Pediatría del Hospital Universitario de la Paz.

Se ha considerado pertinente, como en el apartado anterior, la realización de la tabla que aparece en la página a continuación. En ella se muestran, de forma resumida, los principales datos de los estudios expuestos en líneas superiores para así facilitar la visualización de los mismos.

AUTOR/ES	AÑO	OBJETO DE ESTUDIO
Biederman	1999	Comparativa de niñas con y sin TDAH
Miranda y Presentación	2000	Efectos de dos programas de intervención cognitivo-conductual
Valdizán, Navascués y Sebastián	2001	Cartografía cerebral relacionada con el TDAH
Calderón	2001	Impacto de una intervención cognitivo conductual

Castañeda-Cabrero et al.	2003	Tratamientos farmacológicos, alteraciones electroencefalográficas, sustrato neurofuncional de las funciones ejecutivas en el TDAH y metilfenidato de liberación inmediata
Etchepareborda et al.	2004	
Mediavilla-García	2003	
Papazian, Alfonso y García	2002	
Valdizán	2004	
Betancourt, Jiménez-León y Jiménez-Betancourt	2006	Comorbilidad TDAH y trastornos del sueño
Cardo, Bustillo y Servera	2007	Análisis del valor predictivo de los criterios del DSM-IV
Mulas et al.	2007	Organicidad del TDAH
Crespo et al.	2007	Comprensión de significados no literales en la oralidad
Valdizán, Mercado y Mercado-Undanivia	2007	Variabilidad clínica y características en niñas
Simposio Internacional "Hiperactividad y Déficit de Atención: desde la personalidad a la patología"	2009	Neurología

Tabla 3. Resumen de las investigaciones que relacionan TDAH y rendimiento. Fuente: Elaboración Propia.

2.1.3 Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y profesorado

En este punto se agrupan aquellos estudios en los que los sujetos de estudio son los afectados por el trastorno y sus docentes. Nuestra investigación tiene como objetivo principal el análisis de la oferta formativa dirigida a los profesionales de la educación. Por este motivo consideramos relevante conocer previamente los hallazgos realizados en relación con el profesorado.

Walker, Bettes y Ceci (1984) realizan un estudio cuyo objetivo es conocer qué prejuicios realizan los docentes sobre los alumnos hiperactivos. Para ello cuentan con 100 maestros, 9 hombres y 91 mujeres cuya media de edad eran 34 años y cuyo factor común era que impartían clase en preescolar.

Se analizó la clasificación realizada por la muestra de acuerdo a causas y consecuencias de los problemas de conducta y la severidad con la que se respondía a los mismos. Como resultados obtuvieron que no había suficiente evidencia para confirmar la hipótesis de que el sexo de los docentes era determinante en el grado de prejuicio hacia sus alumnos.

Solís-Cámara y Solís-Cámara (1988) se centran en evaluar el nivel de actividad escolar y los factores de impulsividad cognitiva. Para ello utiliza escalas que miden la impulsividad e hiperactividad, la conducta en casa y la escuela y la ejecución en la escuela. Los resultados se obtuvieron de padres y maestros y en ellos se observan diferencias significativas entre ambos agentes, esto se relacionó con que la evaluación era subjetiva.

Las observaciones docentes en el aula sobre las conductas de inatención, agresión e hiperactividad son el centro del estudio de Milich y Landau (1988). La muestra se compuso de 67 estudiantes cuyas edades comprendían entre los seis y doce años. Como resultado se concluyó que los docentes eran capaces de discriminar de forma bastante precisa las conductas que se relacionaban con el síndrome de inatención con hiperactividad.

En la tabla correspondiente a este apartado sólo se presentan algunas de las investigaciones de la época relacionadas con el profesorado, las que hemos encontrado de mayor relevancia para el punto de la investigación en que nos encontramos.

En el siguiente capítulo, “Capítulo 3: Problemáticas y necesidades en el abordaje educativo del TDAH en España”, se dedica un apartado al completo a las necesidades docentes y las investigaciones realizadas a este respecto en relación con el TDAH.

AUTOR/ES	AÑO	OBJETO DE ESTUDIO
Walker, Bettes y Ceci	1984	Prejuicios docentes
Solís-Cámara y Solís-Cámara	1988	Nivel de actividad escolar y factores de impulsividad cognitiva, desde las observaciones de padres y maestros
Milich y Landau	1988	Observaciones docentes

Tabla 4. Resumen de los estudios sobre TDAH y profesorado. Fuente: Elaboración Propia.

2.1.4 Familias y estilos educativos parentales de los afectados por el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Por último se ha considerado de interés dar a conocer investigaciones en las que el objeto de estudio son los agentes familiares. El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad suele aparecer en edad escolar y puede mantenerse, según las últimas investigaciones, hasta la adultez.

Al ser durante la infancia cuando el trastorno comienza a mostrarse deben tenerse en cuenta los agentes que se relacionan con los escolares en esas edades: docentes, en el punto anterior, y familias, en el apartado en que nos encontramos.

Roselló et. al (2003) estudian la influencia de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con TDAH. Un año después Pistoia, Abad-Mas y Etchepareborda (2004) desarrollan el entrenamiento de las funciones ejecutivas para abordar desde la perspectiva psicopedagógica el TDAH.

Los estilos de disciplina de las familias con hijos con TDAH son estudiados por Miranda-Casas et al. (2007) para analizar la influencia que éstos tienen en la evolución del trastorno.

En la tabla a continuación se exponen los datos de las investigaciones mencionadas en líneas anteriores. Sólo se han incluido los estudios que se han estimado pertinentes para nuestra investigación.

También en el Capítulo 3, como ocurre en el apartado anterior con el profesorado, las familias tienen un punto dedicado a conocer cómo les afecta el trastorno y qué estudios se han realizado al respecto.

AUTOR/ES	AÑO	OBJETO DE ESTUDIO
Roselló et al.	2003	Influencia de los padres en el desarrollo y aprendizaje
Miranda-Casas et al.	2007	Análisis de la influencia de los estilos de disciplina de las familias en la evolución del trastorno

Tabla 5. Resumen de las investigaciones sobre las familias y los estilos educativos familiares. Fuente: Elaboración Propia.

En algunos de los estudios aportados anteriormente aparecen como muestra padres y docentes, la clasificación de los mismos se ha realizado atendiendo al objeto de estudio en lugar de a quiénes participan en él.

Por ello, investigaciones como la de Calderón (2001) en la que se realizan intervenciones con padres y docentes ha sido incluida en el apartado correspondiente a “Investigaciones que relacionan el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y el rendimiento”. Los resultados dan a conocer las mejoras en las conductas de los alumnos en el contexto familiar y escolar, por tanto alude al rendimiento de los escolares.

Se podría continuar detallando investigaciones de ámbito farmacológico, neurológico, los estudios de imagen cerebral pero consideramos que se ha brindado una imagen del progreso y avance de estos estudios y ahora nos centraremos en los campos de acción que desde la disciplina educativa podemos abarcar.

2.2 PRINCIPALES PERSPECTIVAS CIENTIFICAS EN LA INVESTIGACION SOBRE EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

En el campo científico la muestra de los estudios y, en algunos casos, los resultados son influenciados por la perspectiva que los investigadores asumen al inicio de los mismos. Partiendo de esta afirmación hemos considerado relevante dividir el desarrollo de los estudios en:

- Neurología y clínica: refiriéndonos a la vertiente médica y farmacológica
- Psicología: centrándonos en los aspectos psicológicos del trastorno
- Pedagogía: atendiendo a las implicaciones educativas del TDAH

2.2.1 Neurología y Clínica

El TDAH es un trastorno con posible impacto negativo en el desarrollo psicosocial del escolar. Actualmente se entiende que permanece a lo largo de la vida, por lo que tener en cuenta las repercusiones que tiene en la vida del afectado parece prioritario para planificar un tratamiento global que mejore la vida del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Las primeras aproximaciones rigurosas al TDAH consideraban que estaba asociado a diversas alteraciones del sistema nervioso central, por lo que pasaba a ser un problema fundamentalmente médico (Gargallo, 2005).

Durante mucho tiempo los investigadores no han llegado a ningún acuerdo respecto a los resultados. No existía lesión orgánica o anomalía estructural y es realmente complicado encontrar una región específica a la que atribuir la causa del TDAH por sus numerosos sistemas cerebrales que intervienen en el control motor y la atención.

Esto comenzará a cambiar a partir de los noventa gracias a los avances tecnológicos. Los conocimientos sobre la neurobiología del TDAH hasta la década de los ochenta pueden resumirse en estos puntos (Elías y Estañol, 2006):

- Comienza a tratarse con medicamentos como anfetaminas, metilfenidato y antidepresivos tricíclicos para modular las vías dopaminérgicas y noradrenérgicas del cerebro.

- Los estudios de imagen, neurobioquímicos y neurofisiológicos permitieron conocer el papel de los ganglios basales en la generación de los síntomas de hiperactividad. Se relaciona el componente P300 con las tareas que requieren atención.
- Se realizan estudios en los que los niños con TDAH obtienen resultados bajos, comparados con la media, en las pruebas neuropsicométricas de lectura, aritmética y en las que requieren atención continua.

En la imagen que se muestra a continuación, se ilustran las diferencias entre la actividad de un cerebro control, sin el trastorno, y de un cerebro con Trastorno por Déficit de Atención Hiperactividad.

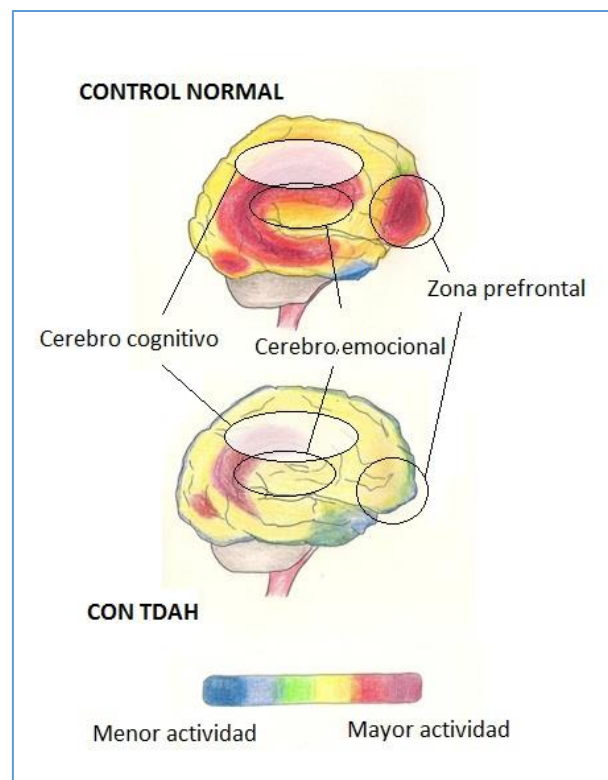


Imagen 2. Ilustración del cerebro con control normal y con TDAH. Fuente: Rodríguez Guillamón, Fundación CADAH

Hoy en día se desconocen las causas directas o inmediatas del TDAH. Se considera un trastorno de naturaleza heterogénea que cuenta con una base neurobiológica y una importante predisposición genética en la que interactúan los factores ambientales.

La Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH) informa en su página web que entre un 2 y un 5% de la población infantil padece esta patología. Estiman que más del 80% de la población que padece TDAH durante su niñez presentará problemas en la adolescencia y entre el 30 y 65% también lo hará en la edad adulta.

La neuropsicología relaciona cerebro-conducta y por ello puede desempeñar un importante papel en la comprensión de qué procesos y funciones cerebrales se encuentran alterados en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

La neurotransmisión, según Soutullo y Díez (2007), funciona de la siguiente forma:

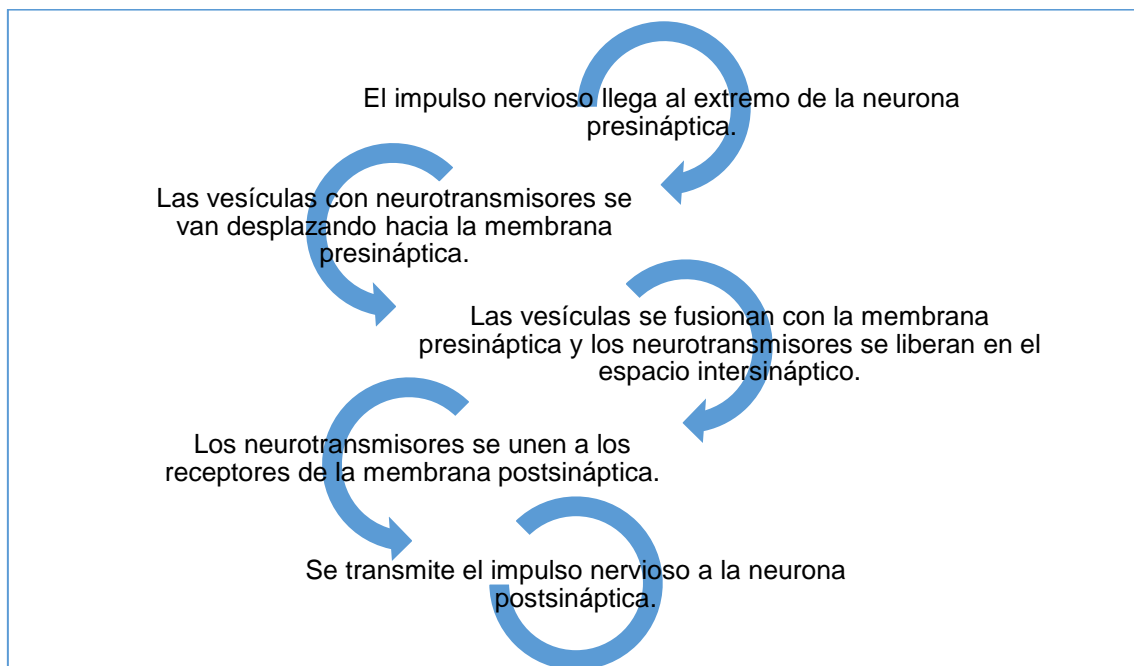


Figura 16. Explicación del funcionamiento de la neurotransmisión. Fuente: tdahytu.es

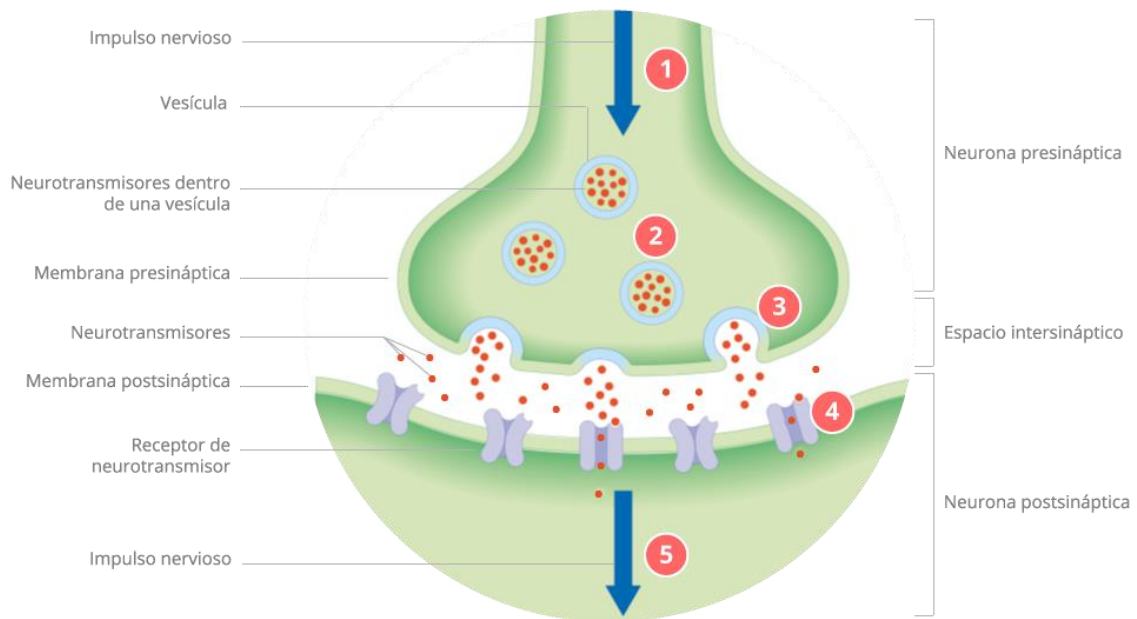


Imagen 3. Ilustración del funcionamiento neurotransmisor. Fuente: tdahytu.es

Las personas afectadas por el TDAH tienen problemas en los circuitos reguladores entre el cortex prefrontal y los ganglios basales. La disminución de esta conexión provoca (Soutullo y Díez, 2007):

- Disminución de la atención.
- Dificultad en la planificación de actividades complejas y el uso de la memoria de trabajo (a corto plazo).
- Dificultad para iniciar y continuar actividades y para organizarse.
- Dificultad para bloquear respuestas inadecuadas y neutralizar estímulos irrelevantes.

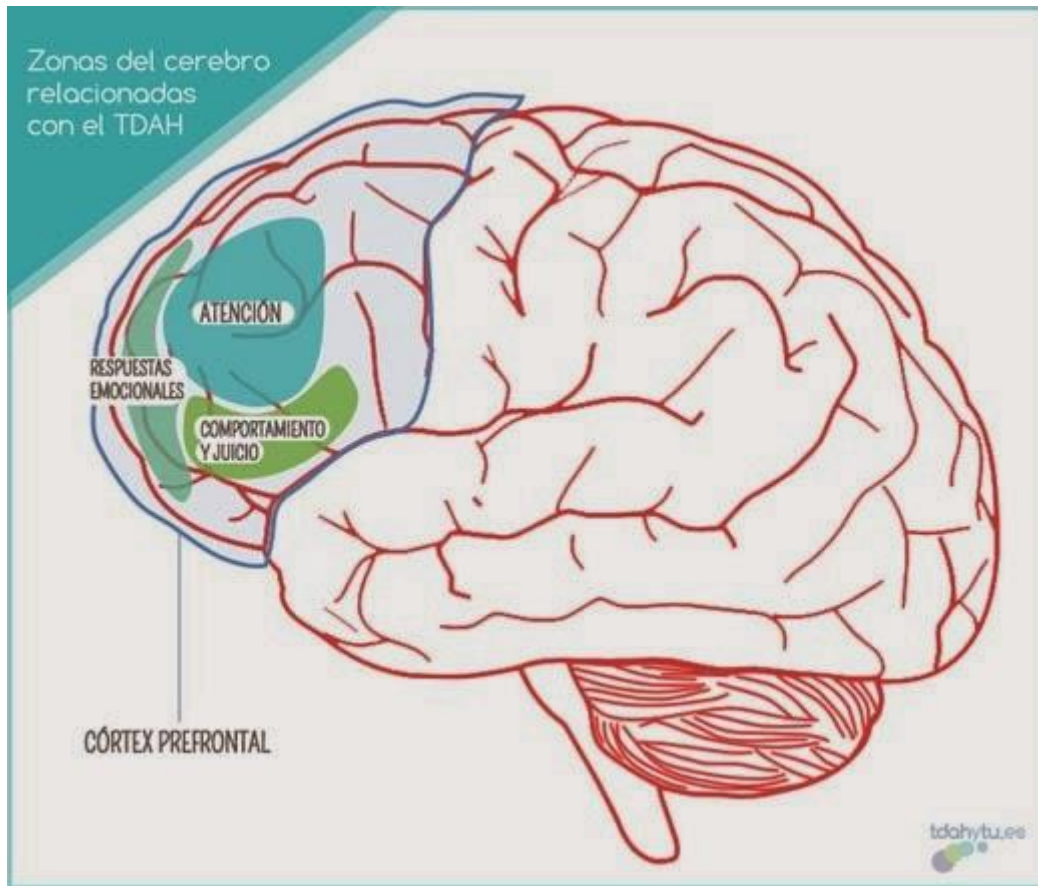


Imagen 4. Ilustración de las zonas del cerebro relacionadas con el TDAH. Fuente: tdahytu.es

A modo de resumen podríamos decir que los neurotransmisores son los mensajeros para que las neuronas se comuniquen a través de receptores.

Para ello el cerebro normalmente libera dopamina y noradrenalina, de no ser así se altera la neurotransmisión y es por ello que se ven afectadas las áreas que venimos comentando desde el comienzo de esta investigación (Soutullo y Díez, 2007).

En las últimas décadas se ha comprobado que los niños con TDAH muestran déficits en la realización de los tests que miden la atención sostenida, y recientemente se han visto anormalidades en los de disfunción ejecutiva.

Concretamente en los que muestran ejecuciones por debajo de la media en la inhibición de la respuesta motora, en la organización y en la solución de problemas complejos (Quintero, Correas y Quintero, 2009).

Los trastornos específicos son de la lectura, de la ortografía, de la escritura y del cálculo, aunque algunos tienen trastornos mixtos en los que se ven afectadas varias áreas. Las dificultades en el rendimiento son frecuentes, y lógicas.

El estar un tiempo prolongado sin atender y el realizar los deberes de forma impulsiva sin retener los contenidos hace que el problema empeore y cada vez sea más complicado alcanzar el nivel que corresponde a su edad (Parellada, 2014).

La investigación neurobiológica cada vez es más específica, de forma que, en el TDAH, se han desarrollado líneas de trabajo sobre estudios de neuroimagen, genética, neuroquímica, neurofarmacología y neuropsicología (Quintero, Correas y Quintero, 2009).

Los factores neurobiológicos más relacionados con la etiología del TDAH son las alteraciones funcionales, estructurales y químicas en el cerebro de los pacientes.

Los estudios de neuroimagen apoyan la hipótesis de que en los sujetos con TDAH los circuitos que controlan la atención son más pequeños, y éstos controlan la memoria de trabajo, la alerta y la inhibición de respuestas; características alteradas comúnmente en los TDAH. Si bien es cierto que estos estudios son de gran utilidad, aún no hay ninguna prueba suficientemente significativa para que pueda considerarse elemento diagnóstico.

La genética, por su parte, demuestra que hay pruebas concluyentes para afirmar que hay una heredabilidad media del 76%, por lo que gran parte del cuadro TDAH estaría explicado por factores genéticos. Dejando el resto del porcentaje a otros factores de tipo ambiental que también estarían implicados.

Los estudios realizados en familias, entre gemelos y pacientes adoptados han mostrado el papel que desempeña la genética en la etiología del trastorno. Señalando así una elevada prevalencia del TDAH entre padres y hermanos de pacientes con TDAH (Faraone et al., 2005; Thapar et al., 2007).

En concreto, varios estudios consideran implicados en la transmisión del TDAH los siguientes genes:

- Gen transportador de la dopamina, DAT 1 (Asherson et al., 2007; Cook et al., 1995).
- Alelo del receptor de dopamina, DRD 4 (Ebstein et al., 1996).
- Transportador de Serotonina, SLC6A4 (Gizer, Ficks y Waldman, 2009).

- Receptor 1B de Serotonina, HTR1B (Hawi y Gill, 2002; Quist et al, 2003).
- Proteína asociada al Sinaptosoma de 25kDa, SNAP25 (Feng et al., 2005).
- Receptores adrenérgicos α 2A y α 1A, ADRA2A y ADRA1A (Elia et al., 2009; Roman et al., 2003).

Además de éstos también están siendo actualmente investigados otros genes para concretar la etiología del trastorno.

Respecto a los factores neuroquímicos del TDAH algunos autores sugieren que se da un funcionamiento defectuoso de transmisión de dopamina y noradrenalina. Esto explica la falta de control al suprimir respuestas inhibitorias y el déficit de funciones ejecutivas como la interiorización del lenguaje, la memoria de trabajo, la motivación del afecto, la autorregulación y la planificación (Arnsten, Steere y Hunt, 1996; Solanto, 2002).

O bien que podría deberse a la inmadurez del sistema monoaminérgico, que es un sistema de neurotransmisión (Mediavilla-García, 2003).

Hoy se entiende que además del tratamiento farmacológico, utilizando anfetaminas de forma progresiva e ininterrumpida desde el descubrimiento de su eficacia por Bradley en 1937, se debe contemplar la psicoeducación. Los padres, la familia, los profesores y el ámbito escolar son parte activa del tratamiento (Quintero, Correas y Quintero, 2009).

Ya Weiss y Hechtman (1992) a principio de los años noventa comentan la necesidad de dar a los agentes que se relacionan con el niño información sobre la naturaleza del trastorno, su clínica y evolución, conocer las alternativas terapéuticas y cómo manejar las situaciones cotidianas.

Para que los tratamientos multimodales sean viables debe existir una buena coordinación de recursos sanitarios, educativos, sociales y comunitarios. De esta forma se mejorará la optimización de los recursos y servicios y de la calidad asistencial (Quintero, Correas y Quintero, 2009).

2.2.2 Psicología

Entre los modelos existentes más representativos, por volumen de investigación generado y por repercusión aplicada, encontramos el modelo atencional de Virginia Douglas y el de autocontrol de Russell Barkley (Servera, 2002).

Douglas acuña el término “Trastorno por Déficit de Atención con/sin Hiperactividad”, centrando el foco de atención en el área atencional. Entiende que deben estar presentes cuatro predisposiciones básicas interrelacionadas que mostramos en el gráfico a continuación:

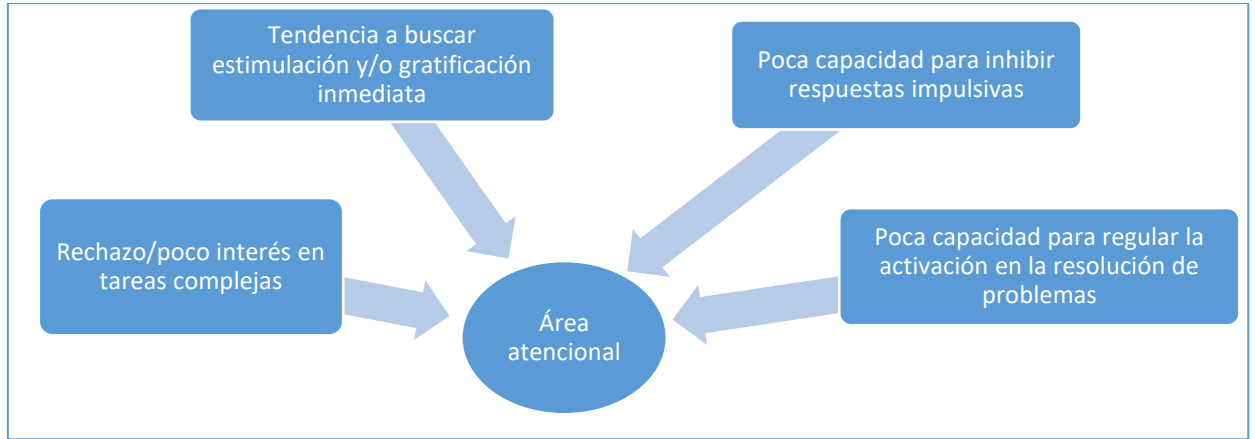


Figura 17. Predisposiciones que deben estar presentes para que se dé el TDAH según Douglas. Fuente: Elaboración Propia.

La clave está en la falta de esfuerzo, organización y mantenimiento atencional, considerando más recuperables los otros problemas.

Por su lado, Barkley califica su modelo como “visión herética”, critica algunas definiciones del modelo de Douglas, como el haber olvidado que algunos constructos multidimensionales se encuentran en muchos trastornos clínicos, como la inatención, impulsividad y sobreactividad.

Gracias a los avances de la investigación neuropsicológica presenta un modelo centrado en problemas de autorregulación, concretamente en la desinhibición conductual (Servera, 2002).

Barkley considera que existen dos hipótesis para explicar el TDAH:



Figura 18. Hipótesis explicativas del TDAH según Barkley. Fuente: Elaboración Propia.

Las primeras son referidas a aquellas conductas que son determinadas por un estímulo verbal, que no tiene por qué estar presente y que tras varios ensayos el sujeto puede autogenerar la regla para su consecución o evitación.

La conceptualización se complica al implicar la función cognitiva y autocontrol sobre la conducta, pudiéndose tratar de un indicador madurativo de la alternación de la autonomía del niño (Servera, 2002).

Si nos centramos en los enfoques psicológicos cuyos fines han sido elaborar procedimientos de intervención podemos dividirlos en dos grupos: técnicas de modificación de conducta y procedimientos cognitivo conductuales (Miranda, Amado y Jarque, 2001).

Las técnicas de modificación de conducta son especialmente relevantes para niños TDAH en el sistema escolar y familiar ya que agrupan un conjunto de estrategias que utilizan refuerzo y castigo para obtener las conductas deseadas o reducir las inadecuadas.

Son relativamente fáciles de implantar y se adaptan a diferentes contextos. Podemos encontrar tres subgrupos:

- Las que pretenden incrementar el comportamiento
- Las que buscan disminuirlo
- Las que tienen como fin aumentar un tipo de comportamiento y reducir otro.

Los procedimientos cognitivo-conductuales enfatizan el autocontrol combinando estrategias conductuales y cognitivas. El objetivo es dotar al niño TDAH de mecanismos necesarios para controlar su conducta, como observar y evaluar su comportamiento y las consecuencias de éste.

2.2.3 Pedagogía

El rastreo de las posturas y propuestas pedagógicas para los afectados por el trastorno TDAH se ve caracterizado por el hallazgo de diversa información dirigida a familias y profesionales, propuestas de actuación dirigida a los centros, estrategias para promover la atención y justificaciones para el uso de medicamentos una vez se ha diagnosticado.

Es necesario, por el impacto del trastorno sobre todas las áreas que conforman la vida de los afectados y sus familias, mejorar los síntomas que caracterizan la enfermedad, que son el déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad. Para ello se deben atender aspectos conductuales, afectivos, sociales, familiares, cognitivos y educativos.

El escolar afectado por el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad debe adquirir y desarrollar las competencias necesarias para mejorar su calidad de vida y la de su familia.

Es importante reducir, en la medida de lo posible, la aparición de problemas comórbidos y generar un ambiente adecuado en el entorno escolar, familiar, social para favorecer un crecimiento personal correcto.

Existe cierta confusión al hablar de conducta hiperactiva y dificultades de aprendizaje. La primera se refiere a la impulsividad, sin tener por qué verse afectadas otras áreas, mientras que la segunda hace referencia a déficit en áreas específicos en niños cuya capacidad es normal y sus deficiencias no derivan de problemas emocionales.

Por ello, no pueden englobarse tratamientos ni estudios, lo que no quiere decir que algunos sujetos con el trastorno no puedan presentar dificultades en el aprendizaje o viceversa (Cebrián y Pérez, 2005).

Los escolares afectados por TDAH, a pesar de que su capacidad intelectual es normal, no desarrollan su potencial de aprendizaje ya que no pueden controlar sus impulsos ni son capaces de mantener y centrar la atención, factores todos ellos fundamentales para lograr el éxito en la escuela (Cebrián y Pérez, 2005, p. 43).

Es importante considerar que las dificultades en el aprendizaje suelen ser el principal motivo por el que los padres consultan a los neurólogos, psicoterapeutas y psicoanalistas infantiles por niños en edad escolar.

La experiencia en la realidad educativa nos lleva a afirmar que los trastornos del aprendizaje o de la conducta en el ámbito escolar constituyen una fuente de preocupación para las familias.

Con frecuencia son indicadores de que algo no funciona bien en el niño y esto puede conducir a situaciones en que el niño es rechazado por sus compañeros o la institución o, sencillamente, que no pueda realizar lo que sí pueden otros niños de su misma edad.

No debemos olvidar que el ámbito escolar es el medio en el que el niño interactúa con extraños, pone a prueba sus aptitudes intelectuales y allí pueden compararse sus rendimientos con los de otros niños que atraviesan la misma etapa evolutiva.

Además, todas las dificultades que un niño presenta en el ámbito familiar pueden haber sido sobredimensionadas, minimizadas, negadas o admitidas por vía de las racionalizaciones más sorprendentes.

Cuando esas dificultades afectan el área de la vida escolar y las autoridades del colegio lo hacen saber directamente a los padres o por vía de las calificaciones, el mecanismo de la negación comienza por volverse ineficaz.

Es innegable que el bajo rendimiento escolar de un niño también es un impacto directo al narcisismo de los padres. Entonces la consulta se torna insoslayable.

En términos generales, se podría decir que las principales dificultades que los niños presentan en la escuela son: problemas en la atención y el aprendizaje, o trastornos de conducta, o de adaptación a la convivencia con otros niños. Y estas dificultades pueden ocurrir bien por separado o bien conjuntamente, dándose varias de ellas a la vez (Gratch, 2009).

No es sencillo, para el profesorado ni las familias, comenzar de forma rápida y eficaz a trabajar con las pautas más adecuadas cuando se detecta un caso de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Entre otros motivos por la desinformación general sobre el tema.

Nos encontramos ante un trastorno del que se suelen escuchar diversos comentarios con cierta asiduidad pero no se contrastan datos o informaciones previamente, en la mayoría de los casos.

Esta falta de conocimiento es paliada en multitud de casos por las familias mediante las asociaciones de familiares y afectados y por los docentes realizando búsqueda de información y actividades formativas respecto al tema, como veremos en los capítulos tres y seis respectivamente.

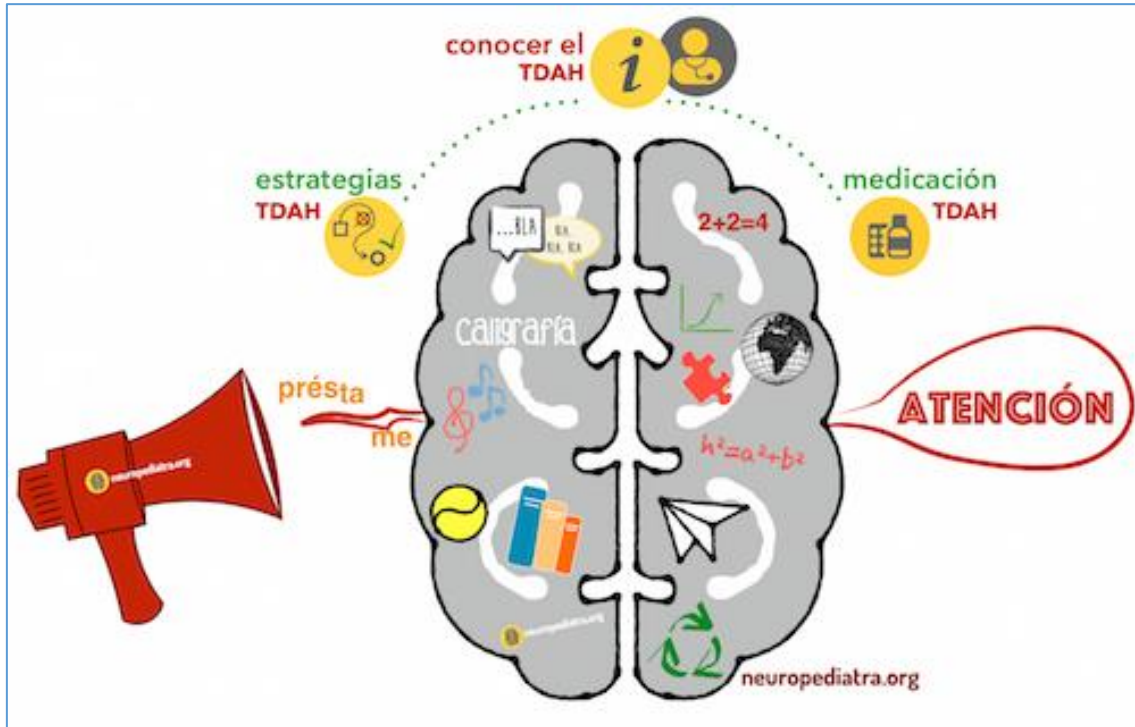


Imagen 5. TDAH como trastorno complejo por la amplitud de su afección. Fuente: neuropediatra.org

Históricamente las perspectivas más estudiadas han sido la psicológica y neurológica, atendiendo, en la mayoría de las investigaciones, a aspectos comportamentales y médicos respectivamente. Los modelos pedagógicos propuestos se apoyan sobre todo en los psicológicos.

Entre los modelos que más se han seguido pedagógicamente para la intervención con escolares afectados por el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad encontramos el cognitivo-conductual y los enfoques multimodales, estos últimos son con los que se suele trabajar en la actualidad. Profundizaremos en cada uno de ellos a continuación.

- Estrategias de actuación basadas en el Enfoque Cognitivo-conductual

Siguiendo a Barkley (2006) se puede afirmar que mediante la intervención cognitivo-conductual se pretende que los escolares aprendan estrategias para la resolución de problemas, la auto-instrucción y el auto-refuerzo.

Se busca que los afectados conozcan cómo definir y comprender una tarea, sean capaces de planificar una estrategia para resolverlo y focalizar la atención en ello y consigan solucionar el problema planteado.

Centrándonos en las técnicas de modificación de conducta encontramos los siguientes ejemplos de estrategias:

- Refuerzo positivo: refuerzo frecuente ya que los niños TDAH pierden enseguida el interés por las cosas. Para ello hay que administrar el refuerzo con frecuencia e inmediatez y dirigir la atención sólo hacia el comportamiento adecuado. Las alabanzas y otras formas de atención positiva, sonreír o el contacto físico, son otros instrumentos de refuerzo. Es importante combinar alabanzas específicas con alabanzas generales para fortalecer las relaciones positivas.
- Economía de fichas: tras seleccionar un comportamiento a modificar se confecciona un listado de privilegios que serán obtenidos según las conductas meta sean realizadas. Las fichas se retirarán progresivamente o bien se aumentará gradualmente el número de intervalos para generalizar los resultados una vez que la dinámica se vuelva cotidiana. En ocasiones, para eliminar conductas graves resulta imprescindible combinar el refuerzo con la retirada de la atención o el castigo, siempre y cuando se aplique inmediatamente.
- Retirada de atención: se realiza tras un comportamiento no deseado, es posiblemente la más difícil de llevar a cabo por el autocontrol que exige. No es recomendable en casos de agresividad o destrucción de objetos.
- Sanciones orales: es uno de los refuerzos negativos más utilizados, aun siendo limitada su eficacia. Los mejores resultados se obtienen cuando se mantiene el contacto visual, son breves y concretas, proporcionadas tras la conducta y respaldadas por otros castigos en caso de no atender.

- Costo de respuesta: significa perder un beneficio o privilegio como consecuencia de algún comportamiento inadecuado. La retirada del beneficio debe ser inmediata y razonable en duración y contenido.
- Tiempo fuera: probablemente el aislamiento sea el procedimiento más indicado para tratar la desobediencia, hiperactividad y agresividad en niños de 2 a 10 años. Consiste en impedir tajantemente el acceso a cualquier refuerzo positivo o recompensa. Es necesario que se aplique en un lugar sin opción a distracción y que su duración no sea mayor de cinco minutos. En caso de negación o escape puede aumentarse la duración de un castigo o sancionarle en el sistema de economía de fichas.
- Contrato de contingencias: muy útil para mayores de 6 años. Se establece una negociación en la que se fijan qué se requiere del niño y cuál será la consecuencia de su cumplimiento. Para que sea eficaz deben estar ambas partes de acuerdo, el objetivo debe ser realista y el premio significativo.
- Autoevaluación con refuerzo: combina la evaluación del comportamiento y los sistemas de economía de fichas. Se adapta según las edades pero es principalmente adecuado para secundaria. Se desarrolla en tres fases:
 - o dialogar con los estudiantes sobre las normas: momento en que se acuerdan las normas según las necesidades puntuales.
 - o entrenar las habilidades de autoevaluación: primero se realiza una breve reflexión tras la que los niños deben valorar las conductas referidas a las normas básicas. Para facilitar el proceso se pueden otorgar puntuaciones según criterio para abarcar los distintos niveles de comportamiento.
 - o economía de puntos: se elabora un menú de refuerzos. Se determina la puntuación para cada premio y debe ser el niño quien evalúe su comportamiento y rendimiento, procediendo al recuento y canjeo de premios tras un tiempo adecuado; una semana por ejemplo.
- Técnica de auto-instrucciones: puede enseñar a niños con dificultades en el control inhibitorio a comprender las situaciones y generar espontáneamente estrategias. El habla auto-dirigida suministra medios para la reflexión, descripción y auto-interrogación, creando un recurso importante para solucionar problemas y formular reglas y planes.

- Las auto-instrucciones deben incluir: que el niño se diga a sí mismo en qué consiste su trabajo, decirse el plan para realizarlo o para solucionar el problema, durante la ejecución debe observar su ejecución manteniendo la atención y al terminar debe decirse a sí mismo cómo ha hecho su trabajo comprobando todo el proceso. Si el resultado es bueno se autorrefuerza, si no se le enseña a darse palabras de ánimo. Al principio el adulto guía los mensajes, después el niño lo hará en voz alta y poco a poco interiorizará estos mensajes.
- Entrenamiento en habilidades de solución de problemas: se centra en la enseñanza de habilidades que ayuden a identificar los componentes de un problema, generar estrategias que faciliten su resolución y explorar posibles respuestas alternativas. Se compone de cuatro fases:
- Reconocimiento del problema: En primer lugar se debe reconocer el problema, enseñando a los niños a reconocer y comprender las señales que les alertan de su existencia.
- Análisis del problema: Con instrucciones directas y diálogos los niños deben explicar las causas físicas o emocionales que pueden estar implicadas en ese problema.
- Formulación de soluciones y valoración de consecuencias: Partiendo de una tormenta de ideas se producen tantas soluciones como sean posibles teniendo en cuenta: excluir las críticas aceptando todas las ideas, alabar las soluciones creativas y fomentar la cantidad de alternativa para tener más opciones de encontrar la válida.
- Pensamiento medios-fines: Se entrena en ignorar, expresar sentimientos adecuadamente, ser asertivos, cooperar/compartir, escuchar, obedecer las demandas de adultos, respetar los turnos, mantener la atención y terminar los deberes escolares.
- Técnica control de la ira: se fundamenta en que los niños agresivos experimentan sentimientos negativos que les impiden analizar las situaciones y responder de forma adecuada. El énfasis se pone en la identificación de las claves psicofisiológicas, cognitivas y afectivas de la ira. Tras breves prácticas de relajación se busca que aprendan a reconocer las claves de la ira para poder

auto-relajarse y darse auto-instrucciones de forma que manejen la agresividad en situaciones conflictivas.

- Entrenamiento en habilidades sociales: entre el enfoque conductual y cognitivo, consta de cuatro fases en las que se realiza un entrenamiento y evaluación. Típicamente tras los entrenamientos los niños siguen la secuencia utilizada en las prácticas fuera de dichos entrenamientos; como consecuencia se transfiere y generaliza a la vida cotidiana del niño.
- Descripción: el instructor describe cómo realizar bien una habilidad social
- Modelado: se demuestra la habilidad, bien por modelos vivos o virtuales, o vídeos de uno mismo y autocrítica.
- Ensayo: se realiza un ensayo verbal o conductual siguiendo la secuencia de la habilidad mostrada anteriormente.
- Retroalimentación: informa al estudiante de los pasos bien realizados y los que debe mejorar.

Típicamente, los niños con problemas sociales siguen entrenamiento en habilidades sociales fuera de la clase regular. En consecuencia, la transferencia y la generalización de las habilidades entrenadas se han convertido en una preocupación fundamental, ya que para que un niño sea aceptado por sus compañeros no solamente necesita cambiar su comportamiento, sino también se debe potenciar la comprensión por parte de sus compañeros y las respuestas de los mismos a estos cambios.

- El Tratamiento Multimodal

Este tipo de tratamiento fue diseñado con el fin de realizar una evaluación sobre cuáles eran los tratamientos de los que se disponía para el TDAH en los años noventa. Según Loro-López et al. (2009, p. 257) “cuando nos referimos al tratamiento multimodal como método de referencia, es el resultado del que hoy sigue siendo el trabajo fundamental en lo que al tratamiento del TDAH se refiere”.

Para evaluar los tratamientos disponibles en los años noventa el National Institute of Mental Health realizó un estudio longitudinal multicéntrico con una duración de 14 meses, seis equipos de intervención y una muestra final de 579 niños con TDAH

combinado de entre 7 y 10 años. De los cuatro grupos de tratamiento que se estudiaban el tratamiento combinado resultó ser la medida terapéutica más satisfactoria.

El tratamiento multimodal requiere de varios enfoques y de la coordinación interdisciplinar, ya que combina:

- Tratamiento farmacológico
- Tratamiento Cognitivo-conductual
- Tratamiento psicoeducativo (profesores y familias)

El Ministerio de Ciencia e Innovación editó la “Guía de Práctica Clínica sobre el TDAH en Niños y Adolescentes” (De trabajo de la Guía, 2010), que se encuentra pendiente de revisión por haber transcurrido más de cinco años de su publicación. En ella encontramos que:

- Como tratamiento inicial, se recomienda la terapia cognitivo-conductual si:
 - o Los síntomas TDAH son leves
 - o El trastorno tiene leve impacto en la vida del escolar
 - o Los padres y profesores discrepan en la frecuencia e intensidad de los síntomas
 - o El tratamiento farmacológico no es aceptado por los padres
- Se hace hincapié en la relevancia de individualizar el tratamiento psicoeducativo. Poniendo el foco en las competencias académicas y el aprendizaje de habilidades que cuenten con los puntos a mejorar por el escolar y también con sus puntos fuertes.
- Para el tratamiento farmacológico debe ser un médico especialista en TDAH quien, teniendo en cuenta las características familiares, la edad, la repercusión funcional de los síntomas, la gravedad de estos plantee el tratamiento adecuado.

El tratamiento multidisciplinar, o multimodal, abarca el ámbito familiar y escolar y se acompaña de intervenciones clínicas y psicopedagógicas.

Este tipo de terapia entienden al escolar afectado por el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad como una totalidad y la intervención que se realiza comprende, por tanto, todas las áreas en las que se mueve.

Para su éxito se puede tratar el trastorno mediante las siguientes intervenciones:

- Intervención escolar: entendiendo que es el centro educativo donde los escolares encontrarán mayores dificultades debido a la dificultad para seguir las instrucciones, al bajo control de impulsos, la falta de atención y los demás factores que influyen en su comportamiento. Por ello se hace imprescindible la implicación docente, para favorecer el aprendizaje y la adaptación a las necesidades de estos estudiantes.
- Intervención clínica: para que sea correcta debe estar compuesta a su vez por las intervenciones médica, psicológica y si es necesario farmacológica. Es imprescindible que sea realizada por especialistas en el TDAH para que adapten a cada situación, teniendo en cuenta comorbilidades y características personales, y el tratamiento sea el adecuado.
- Intervención psicopedagógica: la finalidad debe ser modificar las funciones que presentan deficiencias y desarrollar las capacidades intelectuales básicas. Pretende como fin último buscar estrategias educativas eficaces que fomenten un correcto desarrollo personal y eviten el fracaso escolar.
- Intervención familiar: es necesaria la colaboración de las familias para que el proceso de formación y el rendimiento escolar sea el adecuado. La opinión de los adultos que rodean a los niños y niñas en edades infantiles condicionarán la formación posterior de la autoestima. La familia es, junto a la escuela, el área donde más tiempo pasan los escolares convirtiéndose en pilar fundamental donde constituir el auto-concepto. El apoyo familiar y el fomento de la autonomía favorecerá el desarrollo de la capacidad crítica durante la adolescencia y adultez.

CAPÍTULO 3:

PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES EN EL ABORDAJE EDUCATIVO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN ESPAÑA: FAMILIA, PROFESORADO Y ASOCIACIONES DE AFECTADOS POR EL TRASTORNO

3.1 El abordaje del TDAH en la familia: principales dificultades

3.2 El abordaje del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad desde el asociacionismo

3.2.1 Consejo Nacional de la Discapacidad

3.2.2 Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH)

3.2.3 Federación Andaluza de Asociaciones de Ayuda al Trastorno Hipercinético y Déficit de Atención (FAHYDA)

3.3 Necesidades formativas del profesorado para el abordaje escolar del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

CAPÍTULO 3

PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES EN EL ABORDAJE EDUCATIVO DEL TRASTONO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN ESPAÑA: FAMILIA, PROFESORADO Y ASOCIACIONES DE AFECTADOS POR EL TRASTORNO

*Todos los problemas
son problemas de educación.
- Domingo Faustino Sarmiento*

En el capítulo anterior se ha acotado conceptualmente el término Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad como trastorno en sí y se han dado a conocer los modelos explicativos del mismo.

En este capítulo se muestra la respuesta que los principales agentes educativos implicados dan al trastorno. Debido al objetivo de nuestro trabajo de investigación pondremos especial atención en las necesidades formativas que manifiesta el profesorado sobre TDAH, dando a conocer estudios e investigaciones al respecto.

Comenzaremos por los agentes educativos implicados, incluyendo en ellos: familias y asociaciones de afectados TDAH. Posteriormente, se dedica un apartado que es realmente importante para nuestra investigación, como se ha comentado en líneas anteriores, que profundiza en las necesidades docentes que han sido expresadas como dificultades para la atención cotidiana en el aula.

En el campo científico las investigaciones se dirigían hacia la valoración y tratamiento de los afectados por este trastorno, esto ha cambiado en los últimos 20 años. Se ha constatado que tanto los factores psicosociales como los contextuales pueden jugar un importante papel en valoración y tratamiento y, por tanto, deben ser investigados y tenidos en cuenta (Roselló et al., 2003).

Bajo esta premisa adquieren sentido en este capítulo: las familias de personas afectadas por TDAH, el movimiento asociativo respecto a este trastorno y las necesidades que los docentes expresan respecto a sus conocimientos del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

3.1 EL ABORDAJE DEL TDAH EN LA FAMILIA: PRINCIPALES DIFICULTADES

La crianza de los hijos es un proceso complejo, incluye ofrecerles las condiciones que favorezcan su desarrollo biopsicosocial y cubrir las necesidades afectivas, físicas y psicosociales de cada etapa vital.

Encontramos bastante controversia en relación con la influencia que pueden tener las condiciones sociales de la familia en el futuro de los afectados por este trastorno (Pascual-Castroviejo, 2009).

Coincidimos con Colomer (2013) en que, a pesar de que el TDAH parece tener origen genético, su desarrollo se ve expuesto a la influencia de la interacción de factores genéticos y contextuales.

Algunos autores afirman que los problemas familiares y los patrones de interacción que se den en ella son los aspectos sociales que pueden modular la evolución del TDAH, sin ser factores asociados a que se desarrolle este trastorno (Cardo y Servera, 2008).

En general los hallazgos sobre el tema reflejan mayor riesgo de interacciones negativas entre los TDAH y los miembros de su familia, como puedan ser tensiones, problemas de relación entre hermanos e incluso ruptura de los padres. Aunque no se puede generalizar y considerar que en las familias en las que uno de sus miembros padece TDAH se dan siempre estas situaciones.

Bullard (1997) realizó un estudio en el que, mediante un análisis cualitativo, se investigaban las percepciones de los padres de niños con TDAH y el impacto que había tenido en ellos el conocimiento del trastorno.

La muestra fueron padres de niños entre 6 y 12 años con TDAH. Se concluyó que las preocupaciones manifestadas como principales eran:

- Dificultad en la escuela: necesidad de supervisar las tareas escolares, relación con el maestro y exigencia de planificación.
- Imprevisibilidad del comportamiento ante la conducta problemática.
- Aislamiento de los padres: menos visitas y atenciones de amistades y familiares por la atención que requiere el niño con TDAH.
- Sentimientos de culpa, desesperación, agotamiento y frustración.

- Alteración en la relación con los hermanos, con el resto de la familia y en el matrimonio.
- Problemas ante la medicación: encontrar la dosis adecuada y controlar los efectos de ésta.

La repercusión que un niño con TDAH tiene en la convivencia familiar y en el estado emocional de los padres puede ser muy importante (Pascual-Castroviejo, 2009). Es común observar el rechazo entre hermanos que provocan los comportamientos característicos. La madre y el padre, aunque normalmente en menor grado, suele sentirse culpables debido al desconocimiento.

Una vez comienzan a identificar los comportamientos y a conocer la respuesta la tendencia depresiva de las madres disminuye y ambos progenitores comienzan a responder a las actitudes y comportamientos de forma adecuada, en la mayoría de los casos.

Además es muy importante tener en cuenta el índice de heredabilidad de este trastorno: un 0'76 (Faraone et al., 2005); por tanto, existe una media en la que 76 niños de cada 100 han heredado el TDAH. Esto quiere decir que al menos uno de los padres del niño afectado lo es también.

No es fácil educar a un afectado por TDAH, pero resulta alto complicado si además al menos uno de los padres también lo es y ha crecido sin diagnóstico ni tratamiento.

En la Comunidad Valenciana se realizó un estudio a 36 familias de niños con el trastorno que nos ocupa (Roselló et al., 2003) cuyos resultados mostraban los problemas de crianza de los niños con TDAH:

- La totalidad de los padres estudiados consideraban que era mucho más difícil convivir con sus hijos que con otros niños de su misma edad sin el trastorno.
- Hasta un 88% de los padres presentaban un nivel muy alto de estrés.
- Un 75% pensaban que no eran capaces de controlar y manejar de forma adecuada el comportamiento de su hijo.
- La mitad de los padres del estudio consideraban que podrían ser mejores padres y que su hijo era motivo de tener más enfrentamientos maritales.

- El 44% entendía que el comportamiento de su hijo con TDAH era incómodo para sus otros hermanos y el 31% de los padres mostraba restricciones en su vida social.

En el año 2004 la Federación Mundial para la Salud Mental (WFMH) realizó un estudio internacional llamado “Convivir con el TDAH: desafíos y esperanzas”.

El objetivo del mismo fue aumentar la comprensión y conciencia internacional sobre el impacto que tiene el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad para quien lo padece y su familia. Se realizaron entrevistas a un total de 930 padres de niños con TDAH que vivían en nueve países: Alemania, Australia, Canadá, España, Estados Unidos, Italia, México, Países Bajos y Reino Unido.

Las conclusiones respecto al impacto familiar fueron las siguientes: i) el 88% de los padres están estresados por el TDAH de su hijo; ii) a un 87% le preocupa el éxito académico; iii) la relación en la pareja se ha visto afectada por el impacto del TDAH en la familia para un 60% de los encuestados; iv) el 58% piensa que su hijo ha sido excluido de actividades sociales por padecer el trastorno; v) un 43% piensa que es difícil ir a lugares públicos con su hijo y a un 39% le preocupa los problemas que su hijo pueda causar a otros vecinos.

Podemos encontrar numerosos trabajos (Barkley et al., 1990; Brown y Pacini, 1989; Presentación et al., 2006; Riley et al., 2006) que evidencian el impacto negativo que ocasiona el TDAH en el individuo afectado y además en los miembros de su familia.

Encontramos menor cohesión familiar y los progenitores tienden a sufrir depresión, siendo frecuente las separaciones y divorcios. Hay diversos estudios cuyos resultados confirman que la cohesión familiar es baja y la relación es menos intensa que en las familias sin miembros afectados por este trastorno (Hoza et al., 2000).

En la gran mayoría de los estudios encontrados se manifiesta la dificultad que viven los padres en su día a día en la crianza de su hijo con TDAH, haciendo especial hincapié en los comportamientos imprevisibles que conllevan no seguir las normas, los problemas académicos y con los compañeros en la escuela, discusiones constantes con los demás miembros de la familia y el no estar integrado socialmente.

Los niños con TDAH muestran conductas exigentes generando situaciones de estrés en la familia (Johnston y Mash, 2001). Este estrés se inicia en la infancia temprana. En un estudio de DuPaul et al. (2001), a partir de una muestra de padres de niños de 3 a 5 años con TDAH frente a un grupo de control sin este trastorno, se concluyó que los

padres con niños afectados tenían menos adaptabilidad, sufrían mayores niveles de estrés y mostraban propensión a tener un comportamiento negativo con sus hijos.

Algunas investigaciones muestran que la medicación ajustada a las necesidades y tomada adecuadamente mejora la interacción familiar, incluso tan sólo el conocimiento del diagnóstico de TDAH tiene un efecto positivo sobre la ansiedad y el estrés de muchos padres (Cannon et al., 2009).

En el año 2003 se realizó en Colombia un estudio sobre la calidad de vida de diagnosticados TDAH con edades entre 6 y 12 años y sus familias. Córdoba y Verdugo, autores de esta investigación, realizaron entrevistas semiestructuradas a 33 adultos que cuidaban de los niños y 5 hermanos y encontraron que las características que realmente repercutían sobre la calidad de vida familiar eran: desobediencia, impulsividad y cambios en el comportamiento.

Algunos padres mostraban insatisfacción en su papel parental por los cambios en el comportamiento de sus hijos y por las expectativas no correspondidas de mejora. Es llamativo que se identificase poca ayuda del resto de la familia que no forma el núcleo de convivencia y tampoco por parte de la sociedad en la que se encuentran inmersos. Se observaron vínculos afectivos fuertes de apoyo entre los subsistemas familiares para hacer frente a las situaciones cotidianas (Córdoba y Verdugo, 2003).

Los hermanos de los afectados por TDAH se sienten víctimas del comportamiento de sus hermanos y presionados por sus padres para que cuiden y protejan al hermano con TDAH, según el estudio de Kendall (1999). Esto provocaba en ellos sentimientos de preocupación y ansiedad ya que, en la mayoría de los casos, no tenían la madurez social y emocional suficiente para comprender el papel que se les estaba adjudicando.

Así, el que un componente de la familia sea diagnosticado con este trastorno no sólo afecta a los padres y la relación entre ellos, sino a todos los miembros de la unidad familiar, pudiendo disminuir la calidad de vida de esa familia (Johnston y Mash, 2001; Klassen, Miller y Fine, 2005; Whalen et al., 2011).

Los factores psicosociales como agentes de influencia en el desarrollo del TDAH se han descuidado desde el campo de la salud mental, pero se ha demostrado la utilidad de los enfoques de intervención psicosocial para el tratamiento de los jóvenes con estos problemas (Villodas et al., 2012).

Las familias de niños y niñas afectados por este trastorno se enfrentan cotidianamente a un reto al intentar controlar la conducta de su hijo (Gratch, 2009). Es común que

pongan a prueba la capacidad de tolerancia de sus progenitores, voluntariamente o bien porque olvidan hacer o terminar las tareas que se les han encomendado.

Nos encontramos así con escolares cuya crianza es frustrante y agotadora, motivando esto en muchas ocasiones enfrentamientos entre la pareja. Esta dificultad en la cotidianidad familiar ha llevado a pensar que la causalidad podría ser la ineficacia en la crianza de los progenitores, siendo común la focalización en la madre.

En multitud de casos el estrés que ocasiona el reto de la paternidad y crianza de los niños que tienen este trastorno desborda a los padres cuyos conocimientos del TDAH suelen ser limitados, al menos inicialmente.

Abidin (1990) considera que la tensión parental que ocasiona la crianza se produce en función de ciertas características de los padres y de las características del niño. Parte desde una visión ecológica y un enfoque sistémico en el que las características del niño que condicionan el estrés parental son:

- Temperamento: adaptación a los cambios, distraibilidad e hiperactividad, humor, demandas.
- Grado en que los hijos cumplen las expectativas de los padres.
- Nivel de refuerzos que el niño ofrece a sus padres.

En posteriores revisiones el mismo autor (Abidin, 1992) ha destacado la importancia del conocimiento sobre el trastorno y la percepción de los padres en el grado de estrés que experimentan.

Abidin (1992) denomina “compromiso con el rol parental o relevancia” al conjunto de expectativas y creencias que presentan los padres y que se crean desde sus propias características en relación con las de sus hijos y el entorno en el que viven, viéndose influenciadas por el estrés parental.

Cada progenitor tiene una idea, un modelo de sí mismo como tal que integra lo que espera de sí mismo, lo que espera del entorno y lo que espera de su hijo en relación a su papel parental.

Hace algo más de una década Kendall et al. (2005) llevaron a cabo un estudio con familias de niños y adolescentes con TDAH. Entre los hallazgos se afirmó que la conducta del niño estaba relacionada con el aumento de conflictos en las interacciones familiares a través del estado emocional materno.

Los resultados apuntan que el nivel de angustia de la madre es mediador entre los conflictos familiares y los problemas de comportamiento infantil.

Rogers et al. (2009) realizaron un estudio en el que se ofrece importante información sobre las dificultades a las que se enfrentan las familias de niños TDAH. Los padres suelen tener baja auto-eficacia en la capacidad de ayudar a sus hijos, no se sienten apoyados por maestros y escuela en general y su percepción es de menor participación en la vida académica de sus hijos, en comparación con el resto de padre.

El estilo educativo paterno suele ser más coercitivo y punitivo y la presión académica como respuesta al comportamiento de sus hijos, concluyen los autores, mantiene un ciclo familiar de estrés y negatividad.

Las familias, y especialmente los padres, acaban teniendo una pobre percepción de sí mismos en cuanto a la cualificación para la crianza de sus hijos, esto deriva en una menor satisfacción con la paternidad y maternidad (Mash y Johnston, 1983).

Podríamos afirmar que los hallazgos encontrados reflejan que el hecho de que uno de los componentes del núcleo familiar padezca TDAH, incrementa notablemente el riesgo de interacciones negativas entre los miembros de la familia, tensiones en la pareja de los padres llegando en algunos casos a la ruptura, problemas de relación con los hermanos.

Por este motivo, los padres deben conocer que nos encontramos ante una alteración cuyo origen es neuroquímico, de este modo disminuiríamos el sentimiento de culpa que comúnmente se desarrolla en las familias.

Debemos tener en cuenta que el clima del hogar se ve afectado cuando en él hay un niño y/o adolescente con TDAH. Por ello consideramos que es necesario que el entorno familiar del niño conozca y ponga en práctica estrategias para la crianza, administración de límites para mejorar la convivencia en el hogar y, por consiguiente, favorecer un crecimiento adecuado del niño hasta llegar a la edad adulta.

El apoyo de los progenitores es fundamental, por ello si éstos están entrenados podrán influir más y de forma más correcta sobre el comportamiento de sus hijos. El principal problema que suelen encontrar los padres es la falta de constancia, ya que les llama la atención cualquier opción a premio pero también se cansan rápidamente, por lo que acaba por convertirse en una técnica ineficaz (Pascual-Castroviejo, 2009).

Son los padres los que deben mantener la constancia y paciencia para controlar los problemas de carácter personal, familiar, social, escolar y de otros tipos que este trastorno suele desarrollar. Para ello se hace imprescindible que reciban toda la información disponible, de forma clara, con ejemplos y facilidades para que la puesta en práctica sea lo más fácil posible.

Los agentes comúnmente implicados son los propios TDAH, sus padres y familia y los docentes de los centros educativos en los que están matriculados. De un tiempo a esta parte además encontramos que se han creado multitud de foros on-line en los que, de forma particular o bien por especialistas, se da información y pautas sobre este trastorno.

En la línea de Aller (2013) consideramos fundamental que las familias conozcan en profundidad el TDAH para entender las dificultades y comportamientos que en la mayoría de los casos genera en el afectado.

En siguiente resumimos las principales dificultades que encuentran las familias cuando uno de sus miembros es afectado por el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad:

PRINCIPALES DIFICULTADES FAMILIARES	Aislamiento social de los padres
	Desconocimiento del trastorno
	Sentimientos de culpa y frustración
	Carencia de habilidades para trabajar con los afectados
	Alteración de las relaciones con el resto de la familia
	Problemas en el control de la medicación y sus efectos
	Menor cohesión familiar
	Altos niveles de estrés

Figura 19. Principales dificultades de las familias con miembros afectados por TDAH. Fuente: Elaboración Propia.

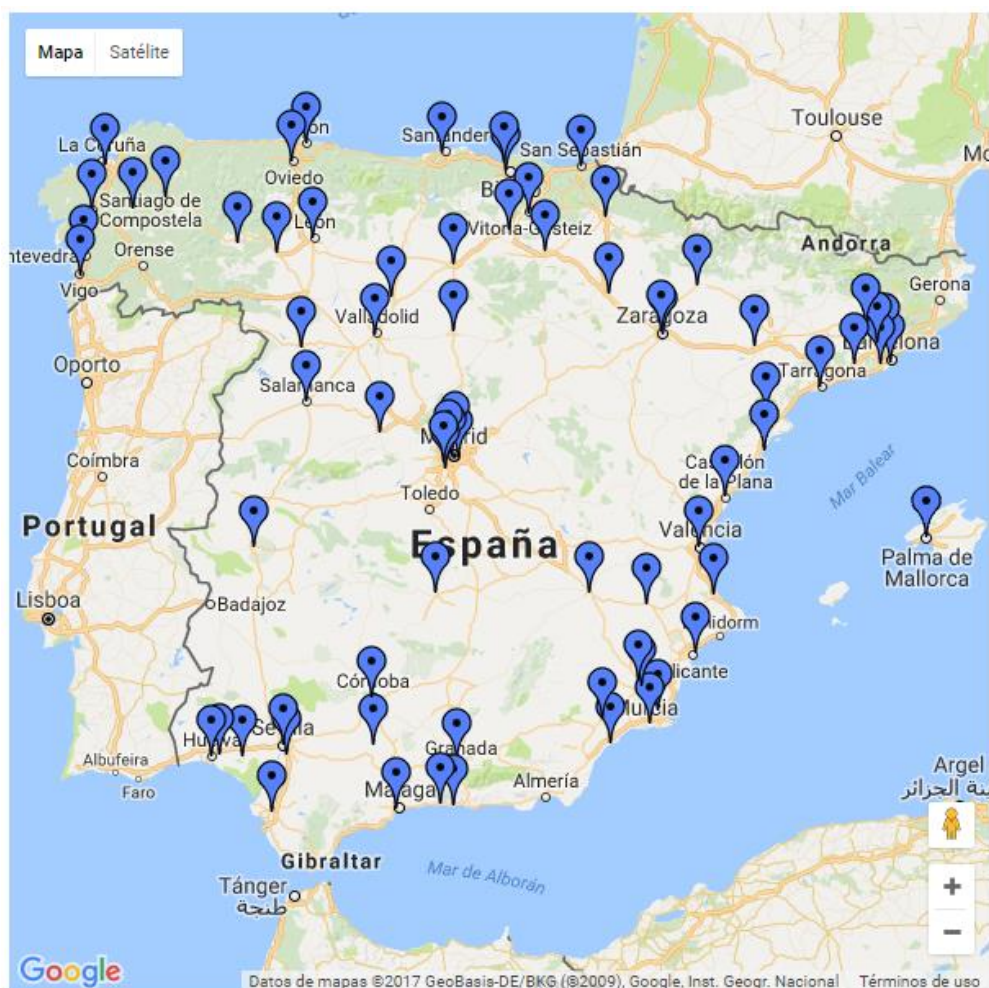
3.2 EL ABORDAJE DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD DESDE EL ASOCIACIONISMO

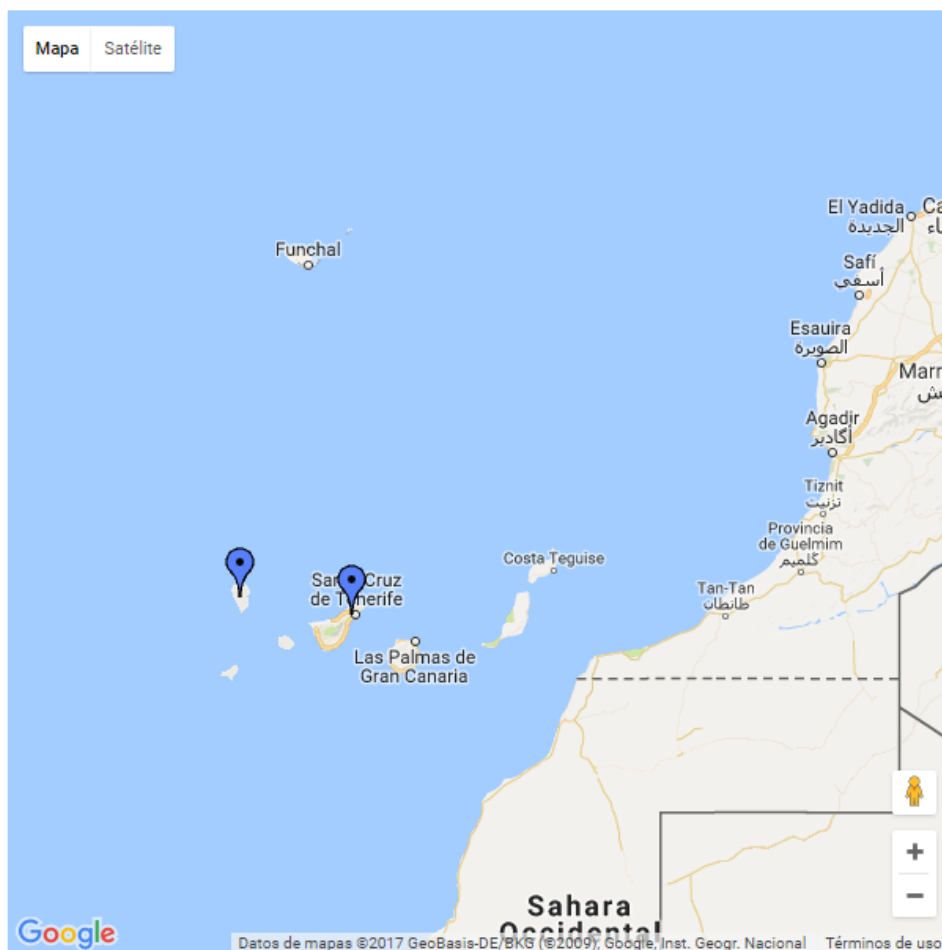
El movimiento asociativo surge en Europa a mediados del siglo XIX. Los grupos de personas con carencias comunes se reúnen para ayudarse entre ellos y reivindicar la atención de los órganos gubernamentales.

En 1978 se reconoce en la Constitución el derecho al asociacionismo, dentro de los derechos y libertades de los españoles. Cinco años después las asociaciones para luchar por los derechos de las personas con enfermedades habían proliferado por el territorio español, convirtiéndose poco a poco en elementos de transformación social.

En los años 90 comienzan a surgir asociaciones de familias de afectados por el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Actualmente en España contamos con 85 asociaciones inscritas en la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH).

A continuación se muestra la situación geográfica de las mismas en el territorio español:





Imágenes 6 y 7. Situación geográfica de las asociaciones federadas en la actualidad. Península y Baleares e Islas Canarias, respectivamente. Fuente: Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH).

En la tabla que se muestra a continuación se dan a conocer las abreviaturas con las que son denominadas las asociaciones, los nombres de las mismas y la ubicación de las 85 asociaciones que componen la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad.

Además de esta información en la FEAADAH se ofrece información detallada de cada asociación, brindando la dirección física en la que está la sede, el teléfono y correo electrónico de contacto y la página web (en caso de poseerla) a través de la que se puede obtener más información.

Estos datos, aunque no son imprescindibles, se han sido considerados de gran interés para cualquier persona interesada en el trastorno. Bien sean familias con alguno de sus miembros afectados por el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad,

profesionales de la educación en búsqueda de información o cualquier otra persona a la que pudiera serle útil.

Por ello toda la información disponible sobre cada una de las asociaciones se encuentra en el Anexo 1, donde aparecen la dirección, el teléfono y la web según los datos de la FEAADAH.

	Abreviatura	Nombre de la asociación	Localización
1	AADAH	Asociación de Alicante para el Déficit de Atención con o sin Hiperactividad	Alicante
2	AAMNDAH	AAMNDAH Alcobendas	Alcobendas
3	AATEDA	Asociación aragonesa del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad	Huesca
4	AATEDA	Asociación aragonesa del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad	Zaragoza
5	ABUDAH	Asociación burgalesa afectados por el Déficit de Atención e Hiperactividad	Burgos
6	ABUPHI	Asociación Abulense de personas hiperactivas	Ávila
7	ACNH	Asociación Compostelana de niños y niñas hiperactivos	Santiago de Compostela
8	ACNIDA	Asociación Comarcal de niños, niñas y adultos con Dificultades de Aprendizaje del Bajo/Baix Cinca	Fraga
9	ACODAH	Asociación cordobesa de Déficit de Atención e Hiperactividad	Córdoba
10	ADAHBI	Asociación de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad de El Bierzo	Ponferrada
11	ADAHI	Asociación de ayuda al Déficit de Atención con más o menos Hiperactividad.	Cartagena
12	ADAHI	Asociación de ayuda al Déficit de Atención con más o menos Hiperactividad	Murcia

13	ADAHI	Asociación de ayuda al Déficit de Atención con más o menos Hiperactividad	Torre Pacheco
14	ADAHIAS	Asociación de afectados de Déficit de Atención por el Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad	Astorga
15	ADAHigi	Asociación de Déficit de Atención e Hiperactividad de Guipuzkoa	Donostia
16	ADAHPO	Asociación Déficit de Atención Hiperactividad Pontevedra	Pontevedra
17	ADHI	Asociación navarra para el tratamiento y el estudio del Déficit de Atención, Hiperactividad e Impulsividad	Pamplona
18	AFANDAH	Asociación de familiares de Alcorcón con niños/as con Déficit de Atención y/o Hiperactividad	Alcorcón
19	AFANTDAH 940	Asociación familiar de afectados con niños con TDAH de Fuenlabrada	Fuenlabrada
20	AFHIP	Asociación de familiares de niños hiperactivos	Jerez de la Frontera
21	AFNADAH	Asociación de familiares de niños y adolescentes con Déficit de Atención e Hiperactividad	Gandía
22	AHIDA-TTE	Asociación ajut per l'Hiperactivitat i Déficit d'Atenció – Terres de l'Ebre	Roquetes
23	AIRE LIBRE	Asociación de familias con TDAH	Huelva
24	ALENHI	Asociación leonesa de afectados por el Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad	León
25	AMATDAH	Asociación madrileña de adultos con TDAH	Madrid
26	AMHIDA	Asociación manchega de Hiperactividad y Déficit de Atención	Ciudad Real
27	AMIDAH	Asociación mirandesa de afectados por el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad	Miranda de Ebro
28	AMPACHICO	Asociación de madres y padres de niños y adolescentes hiperactivos y con trastornos de conducta	Albolote
29	ANADAHI	Asociación de niños y adultos con Déficit de Atención, Hiperactividad e Impulsividad	Vitoria-Gasteiz

30	ANDAH	Asociación de niños con Déficit de Atención e Hiperactividad	Cáceres
31	ANDAR	Asociación navarra de apoyo a personas con TDAH de la Ribera y sus familias	Tudela
32	ANHIDA	Asociación de niños con Hiperactividad y/o Déficit de Atención	Vigo
33	ANHIDACORUÑA	Asociación de niños con Trastorno por Déficit de Atención con/sin Hiperactividad de la provincia de A Coruña	Culleredo
34	ANHIPA	Asociación de niños hiperactivos del Principado de Asturias	Gijón
35	ANHIPA	Asociación de niños hiperactivos del Principado de Asturias	Oviedo
36	APADAHCAS	Padres de afectados por Déficit de Atención e Hiperactividad de la provincia de Castellón	Castellón de la Plana
37	APDAH Terrassa	Associació de pares de nens amb déficit d'Atenció amb Hiperactivitat	Terrassa
38	APNADAH	Asociación de padres de niños y adolescentes con Déficit de Atención e Hiperactividad	Valencia
39	APYDA	Associació provincial de pares i mares amb fills amb Dèficit d'Atenció amb Hiperactivitat	Tarragona
40	ARPANIH	Asociación riojana de padres de niños hiperactivos	Logroño
41	ASANHI	Asociación salmantina de niños hiperactivos	Salamanca
42	ACANPADAH	Asociación cántabra de padres de ayuda al Déficit de Atención y/o Hiperactividad	Santander
43	ACOFA	Asociación Acofa TDAH	Almuñécar
44	ADAHIMOLINA	Asociación ADAHIMOLINA	Molina de Segura
45	VIDA ACTIVA	Asociación Águilas Vida Activa	Águilas
46	AHIDA BIZKAIA	Asociación AHIDA Bizkaia	Getxo
47	ANSHDA	Asociación de niños con Déficit de Atención con o sin Hiperactividad	Madrid
48	APANDAH	Asociación APANDAH	Albacete
49	TDA-H y TGD	Asociación arandina TDA-H y TGD	Aranda de Duero

50	BULE BULE	Asociación Bule Bule	Lugo
51	TDAH BAGES	Asociación de ayuda al TDAH del Bages	Manresa
52	DE ORUGAS A MARIPOSAS	Asociación de niños con TDAH	Moguer
53	EL PUENTE - TDAH	Asociación El Puente - TDAH	Puente Genil
54	LORCA ACTIVA TDAH	Asociación Lorca Activa TDAH	Lorca
55	NIÑ@CTIVO	Asociación niñ@ctivo	Dos Hermanas
56	TDA-H PALENCIA	Asociación TDA-H	Palencia
57	TDAH+16	Asociación TDAH+16	Valencia
58	TDAH.BA	Asociación TDAH Badajoz	Badajoz
59	TDAH SARASATE	Asociación TDAH SARASATE	Pamplona
60	TDAH- AXARQUÍA	Asociación Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad - Axarquía	Nerja
61	TDA-H - MÁLAGA	Asociación TDA-H - Málaga	Málaga
62	TDAH PENEDÉS	Asociación TDAH-Penedés	Villafranca del Penedés
63	LA TORTUGA	Asociación Terapéutica La Tortuga	Almonte
64	ASPATHI	Asociación sevillana de padres y afectados con Trastornos Hiperkinéticos	Sevilla
65	ATENCIONA	Asociación regional aragonesa	Zaragoza
66	ATIMANA-DAH	Asociación tinerfeña de madres y padres de niños y adolescentes con Déficit de Atención e Hiperactividad	San Cristóbal de La Laguna
67	AVANZA TDAH	AVANZA TDAH Almansa	Almansa

68	AVATDAH	Asociación vallisoletana de afectados por Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad	Valladolid
69	AZADAH	Asociación zamorana de afectados por el TDAH	Zamora
70	BESAY	Asociación de padres y madres de niñ@s y jóvenes con Déficit de Atención e Hiperactividad	El Paso
71	DAHIA	Déficit de Atención y/o Hiperactividad Asociación	Vinaroz
72	EUSARGHI	Federación de la Comunidad Vasca de asociaciones de Trastornos por Déficit de Atención con/sin hiperactividad	País Vasco
73	FACAM TDAH	Federación castellano-manchega de asociaciones de familias y afectados de Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad	Ciudad Real
74	FACYL-TDAH	Federación de asociaciones de Castilla y León de TDAH	Valladolid
75	FAHYDA	Federación andaluza de asociaciones de ayuda al Trastorno Hiperactivo y Déficit de Atención	Málaga
76	FCAFA TDAH	Federació catalana d'associacions de familiars i a afectats de TDAH	Sant Boi de Llobregat
77	FEGADAH	Deferación galega de asoaciós de familias de persoas afectadas por TDAH	Galicia
78	ADANA	Fundación ADANA	Barcelona
79	CADAH	Fundación CADAH	Santander
80	EDUCACIÓN ACTIVA	Fundación Educación Activa	Madrid
81	FUNDAICYL	Fundación de ayuda a la infancia de Castilla y León	Valladolid
82	PLATAFORMA TDAH	Plataforma TDAH Associació	Sant Boi de Llobregat
83	PLATAFORMA TDAH	Plataforma TDAH Associació	Badalona
84	STILL	Asociación balear de padres de niños con Trastorno de Déficit de Atención con y sin Hiperactividad (TDAH)	Palma de Mallorca

85	TDAH VALLÈS	TDAH Vallès	Sabadell
----	-------------	-------------	----------

Tabla 6. Relación de asociaciones inscritas en la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH). Fuente: Elaboración Propia con los datos de la FEAADAH.

Estas asociaciones adquieren importancia cuando los padres entienden que contactar con otras familias implicadas en el mismo trastorno les acercará a actividades formativas, les facilitará recursos, información y apoyo, además de ejercer presión ante las administraciones públicas para que atiendan sus necesidades (Grau Sevilla y García Garrido, 2004).

3.2.1 Consejo Nacional de la Discapacidad

En España existe un órgano consultivo interministerial llamado “Consejo Nacional de la Discapacidad”. A través de éste se desarrolla la colaboración entre la Administración estatal, las familias y las organizaciones que representan a las personas con discapacidad. Esta estructura facilita la constitución asociativa.

Su principal objetivo es planificar, seguir y evaluar las políticas que se desarrollan para favorecer la inclusión. Se encarga de promover la no discriminación, la igualdad de oportunidades para todos y la accesibilidad de forma universal de las personas con discapacidad.

Las funciones de este Consejo son:

- Promover los principios y líneas básicas de política integral para las personas con discapacidad en el ámbito de la Administración General del Estado, incorporando el principio de transversalidad.
- Presentar iniciativas y formular recomendaciones en relación con planes o programas de actuación.
- Conocer y, en su caso, presentar iniciativas en relación a los fondos para programas de personas con discapacidad y los criterios de distribución.
- Emitir dictámenes e informes, de carácter preceptivo y no vinculante, sobre aquellos proyectos normativos y otras iniciativas relacionadas con el objeto del

Consejo que se sometan a su consideración y, en especial, en el desarrollo de la normativa de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal.

- Promover el desarrollo de acciones de recopilación, análisis, elaboración y difusión de información.
- Impulsar actividades de investigación, formación, innovación, ética y calidad en el ámbito de la discapacidad.
- Conocer las políticas, fondos y programas de la Unión Europea y de otras instancias internacionales y recibir información, en su caso, sobre las posiciones y propuestas españolas en los foros internacionales.
- Constituir el órgano de referencia de la Administración General del Estado para la promoción, protección y seguimiento en España de los instrumentos jurídicos internacionales en materia de derechos humanos de las personas con discapacidad incorporados a nuestro ordenamiento jurídico.
- Cualquier otra función que, en el marco de sus competencias, se le atribuya por alguna disposición legal o reglamentaria, siendo el Real Decreto 1855/2009 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2009) el que regula este consejo nacional.

Además se cuenta con la Oficina de Atención a la Discapacidad (OADIS). En ella se dan curso a las consultas, quejas y denuncias que llegan de personas afectadas, asociaciones o instituciones que tienen alguna relación con ellas y en las que se describan situaciones de discriminación o no inclusión social.

Esta oficina estudia cada expediente respondiendo a las peticiones y propone recomendaciones para mejorar las situaciones que han provocado la queja o denuncia, realizando un seguimiento posterior de estas recomendaciones ofrecidas.

3.2.2 Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH)

La creación en el año 2002 de la Federación Española de TDAH (FEAADAH) marcó un antes y un después en la historia española del asociacionismo de este trastorno.

Esta federación convoca cada dos años el Congreso Nacional de TDAH, cada vez en una ciudad diferente. Con este acto se pretende obtener visibilidad en la sociedad, además de promover el contacto entre las diferentes asociaciones y personas afectadas.

La Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH) gestiona la red de asociaciones de nuestro territorio. En España hay 85 asociaciones federadas como ya se ha desarrollado con anterioridad, trece de ellas en nuestra comunidad autónoma: Andalucía.

Esta Federación, de 12 años de vida, tiene como los siguientes objetivos como metas actuales:

- Consolidación de la posición federativa a nivel europeo.
- Que todas las comunidades autónomas posean protocolos coordinados entre sanidad y educación.
- Mejorar y aumentar el contacto con las asociaciones que conforman la federación.
- El nombramiento de la federación como Entidad de Utilidad Pública.
- Que la web federativa sea un medio de comunicación e intercambio informativo entre las diferentes asociaciones.
- Nuevos productos que autofinancien la federación.
- Centralizar la organización del Congreso Nacional de FEAADAH.
- Llegar hasta América Latina y ampliar el conocimiento con sus experiencias.

Y algunas más de carácter puramente organizativo.

Las funciones más importantes de las asociaciones son acoger, escuchar y hacer sentir a familias y afectados que no están solos. Es común, como se ha señalado en páginas anteriores, que los familiares de las personas con TDAH desarrollen un sentimiento de culpabilidad y/o frustración.

Las asociaciones, por lo general, ponen en marcha talleres, formaciones, grupos de información y demás iniciativas para que las personas que acudan desarrollen las

habilidades necesarias para afrontar las situaciones cotidianas y para ampliar la información sobre el trastorno en sí.

Las asociaciones cumplen una función de apoyo emocional e informativo, creando un espacio para compartir experiencias y haciendo llegar a las administraciones públicas tanto las necesidades como las propuestas para mejoras.

Otra de las tareas más importantes de las asociaciones es paliar la falta de conocimiento e información observable en la sociedad, poniendo especial interés en educación y sanidad. Pretenden así desmitificar ciertas creencias falsas que provocan la incompreensión del TDAH con la creación de campañas de sensibilización y la promoción de formaciones diseñadas para colectivos busca cubrir esta carencia.

En la línea defendida por López y Galán (2011), para intervenir en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad de forma adecuada es imprescindible conocer que estamos con una persona con un déficit que es de origen biológico y obtener la formación adecuada sobre el trastorno así como realizar un diagnóstico correcto.

Las asociaciones y sus iniciativas pretenden que el trastorno sea conocido por la sociedad, considerando que conocer ayudará a entender, promoverá el acercamiento a los afectados y facilitará la aceptación del trastorno tal y como es. Según García et al. (2009) las líneas de trabajo de las asociaciones parten de los siguientes objetivos comunes:

- Concienciación social: sensibilizar a la población sobre el TDAH, su trascendencia social y promover el conocimiento del trastorno en pos de la detección precoz.
- Orientación y asesoramiento del entorno del afectado: las relaciones entre personas pueden ser muy complicadas cuando además añadimos un factor como este trastorno que provoca ciertos comportamientos y conductas con los que es difícil lidiar. Por ello a mayor información y conocimiento mejor será la relación con las personas que se encuentran cerca del afectado.
- Coordinación familia y escuela: es imprescindible la conexión entre los familiares y el centro escolar para el buen funcionamiento del tratamiento, las asociaciones favorecen esta cooperación y ayudan a mediar entre ambos agentes.
- Relación con las instituciones públicas y/o privadas: es también función de las asociaciones requerir de las instituciones los medios suficientes para cubrir las

necesidades de las familias y afectados, además de difundir los nuevos avances de la ciencia respecto a este trastorno.

- Desarrollo de proyectos: las asociaciones, al congrega un gran número de familias y afectados, tienen como uno de sus objetivos el poner en marcha iniciativas, cursos, charlas, proyectos y demás actividades cuyo fin sea reunir a estas personas y favorecer la concienciación y sensibilización del resto de la sociedad.

3.2.3 Federación Andaluza de Asociaciones de Ayuda al Trastorno Hiperactivo y Déficit de Atención (FAHYDA)

En Andalucía se cuenta con la Federación Andaluza de Asociaciones de Ayuda al Trastorno Hiperactivo y Déficit de Atención (FAHYDA).

En 2011 se firmó un protocolo de colaboración entre las Conserjerías de Gobernación y Justicia, Educación, Salud e Igualdad y Bienestar Social, de él nació el Protocolo de actuación y coordinación para la detección e intervención educativa (Consejería de Educación, 2012).

En mayo de 2016 esta federación y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía firmaron un convenio de colaboración (puede consultarse en Anexo 2) con el que pretenden impulsar el nuevo protocolo, que es enmarcado por el ya firmado en 2012, de atención a menores con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el Sistema Sanitario Andaluz.

Desde las asociaciones de familias y afectados se ha planteado durante mucho tiempo la necesidad de que el TDAH sea tenido en cuenta en la regulación normativa educativa, para que se aplique en centros públicos, concertados y privados (Federación Andaluza de Asociaciones de Ayuda al TDAH, 2010).

Como veremos en siguientes apartados, esta petición ha sido tenida en cuenta y desde noviembre de 2013 el TDAH se contempla como Necesidad Educativa Especial en la Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa, LOMCE (Ley Orgánica 8/2013).

3.3 NECESIDADES FORMATIVAS DEL PROFESORADO PARA EL ABORDAJE ESCOLAR DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Aunque llevamos décadas desarrollando avances en el conocimiento sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad aún podemos observar que docentes y familias continúan teniendo creencias erróneas, sin base científica, sobre este trastorno. Entre las falsas creencias más comunes encontramos:

El TDAH no existe, es un invento de la Psiquiatría norteamericana para vender medicación
El TDAH es una moda
Un niño tiene TDAH porque su madre tuvo problemas en el parto
Un niño con TDAH tiene un tumor o una lesión cerebral
El niño TDAH es mentiroso y desobediente
El comportamiento TDAH se soluciona con un buen castigo
Si un niño no es hiperactivo, no puede tener TDAH
El TDAH tiene que ver con factores relacionados con alergias alimentarias, aditivos y colorantes u otros problemas ambientales
La mala educación que hoy en día proporcionan los padres a sus hijos genera en ellos TDAH
El TDAH es causado por las características de la vida moderna
El niño TDAH es menos inteligente
El niño con TDAH necesita clases especiales
Los profesores diagnostican el TDAH a todos los alumnos que son un poco inquietos o distraídos
La violencia en la TV puede causar TDAH
Los psicoestimulantes no son seguros y producen múltiples efectos secundarios
El tratamiento con psicoestimulantes debe interrumpirse en vacaciones y fines de semana
En el TDAH, el tratamiento farmacológico se utiliza para sustituir las intervenciones psicológicas y escolares, más costosas y eficaces
El TDAH se cura

Figura 20. Falsas creencias sobre TDAH. Fuente: Elaboración Propia con los datos de la FEAADAH.

El tener una información errónea como primera idea cuando escuchamos hablar del TDAH dificulta la comprensión del trastorno y puede llegar a ser realmente perjudicial para la autoestima de las familias y del propio alumno afectado.

Hoy en día podemos observar una prevalencia creciente de los diagnosticados con TDAH, poniendo de relieve la importancia que este trastorno tiene en nuestra sociedad y cuestionando la forma más efectiva de intervención para disminuir o compensar la sintomatología característica.

El diagnóstico en muchos casos ofrece cierta tranquilidad a familias, docentes y a los propios afectados ya que aumenta la comprensión y puede ayudar a prever las situaciones de conflicto que pudieran provocarse. Pero el diagnóstico como tal no es suficiente para obtener una mejoría en el aprendizaje y en la vida en general de la persona que padece TDAH.

La detección de las necesidades de cada individuo y ofrecer estrategias para mejorar su calidad de vida y prevenir el fracaso escolar se hace prioritario tras la diagnosis.

Se ha demostrado que las intervenciones escolares disminuyen algunos de los síntomas del trastorno y problemas de conducta característicos de los afectados por TDAH, además mejoran la adaptación social a la escuela y el vínculo creado entre el alumno y el docente (Scandar, 2003; Rief, 2008).

Para el maestro tener entre sus alumnos un estudiante TDAH puede ser estimulante y, a su vez, conflictivo y desgastante, como afirma Joselevich (2005). Por ello es necesario que los docentes tengan unos conocimientos adecuados que asesoren esta desafiante tarea, para saber lidiar con las situaciones que se produzcan y con las propias frustraciones que provoquen.

El profesorado es parte activa del contexto escolar en el que se mueve el alumno TDAH y como tal no sólo debe conocer las características del trastorno e identificar dónde entran en conflicto con la metodología de enseñanza sino que también necesita definir cuál es su papel ante esta situación, analizar las necesidades propias como docente para su desarrollo profesional y también las de su alumno para el desarrollo de su aprendizaje.

La principal hipótesis de la que parte este estudio y que guía nuestra investigación es la falta de conocimiento sobre el abordaje educativo del trastorno. Los profesionales de la educación deben tratar con el TDAH prácticamente a diario por la prevalencia del trastorno en los centros educativos.

A pesar de esta relación cotidiana los docentes no poseen, generalmente, la formación adecuada sobre este trastorno. Aquellos que sí gozan de conocimientos sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, los han adquirido, en la mayoría de los casos, de forma individual y voluntaria.

Ya se ha explicado anteriormente que el alumnado con TDAH tiene un desarrollo diferente en los niveles de atención, actividad motriz e impulsividad. Es común que, además, se presenten rasgos de trastornos de conducta, comportamientos desafiantes y oposicionistas, problemas socioafectivos y dificultades de aprendizaje (Arce y Santisteban, 2006).

Diversos estudios (Evans, Axelrod y Langberg, 2004; Kellner, Houghton y Douglas, 2003; Langberg, Epstein y Graham, 2008; Miranda y Soriano, 2011; Torell y Rydell, 2008) confirman que estas características se asocian a un bajo rendimiento académico al no poder mantener la atención y reflexión exigidas por algunas tareas.

Los alumnos afectados por TDAH no son capaces, en la mayoría de los casos, de seguir el ritmo habitual de las clases y tareas por su dificultad para mantener la atención. Conociendo esto, somos los educadores los que debemos adaptar los materiales y contenidos a sus necesidades para evitar la frustración y el fracaso escolar.

Cuando en un aula hay un alumno cuyos síntomas advierten la posible existencia de un Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad el primer paso debe ser realizar un diagnóstico adecuado. Con él se podrá realizar el tratamiento conveniente para cada afectado, y tanto en la diagnosis como en el tratamiento educativo el docente tiene un papel central.

En primer lugar es común que sea el educador quien, por su observación diaria del grupo-clase, sea una de las primeras personas que se percate de las diferencias de algún alumno respecto al resto del grupo.

Nos referimos a su comportamiento, dificultades de aprendizaje y las posibles coincidencias con las características del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Por ello el profesorado debe tener conocimientos sobre los trastornos más frecuentes hoy en día, ya que son posibles detectores de los mismos y quienes pueden dar la clave para que se derive en un diagnóstico acertado.

Asimismo, es el profesorado quien debe llevar a cabo, normalmente, los tratamientos educativos que se han constatado como eficaces para este trastorno, pudiendo ofrecer un valioso feedback diario sobre los cambios observables en el comportamiento, ritmo

de aprendizaje, nivel de concentración y atención y demás aspectos relevantes característicos del TDAH.

En nuestro estudio ha sido esencial constatar la existencia de investigaciones previas (Snider, Busch y Arrowood, 2003; Vereb y DiPerna, 2004) en las que los autores han encontrado la presencia de una relación positiva entre los conocimientos que poseen los docentes sobre este trastorno y la eficacia de las intervenciones que los mismos llevan a cabo con los alumnos afectados.

Jarque, Tárraga y Miranda (2007) realizaron un estudio sobre los profesionales de la educación y sus conocimientos sobre TDAH. La conclusión principal a la que llegaron fue que es esencial ampliar la formación específica sobre este trastorno en los cursos de formación continua a docentes y en los estudios de Magisterio.

Los autores exponen que se presentaba en aquel momento, del que hoy hace diez años, una excelente oportunidad para mejorar a este respecto.

En ese momento se encontraban en construcción los nuevos planes de estudios cuyas reformas pretendían adecuar los estudios de las universidades españolas a la situación universitaria europea.

En esta reestructuración se revisaron los contenidos de las diferentes materias a estudiar por los universitarios y, por ello, parecía probable que una de las cuestiones a tener en cuenta fuese el creciente número de alumnos TDAH con el que los futuros egresados de Magisterio deberían trabajar en sus clases.

Diez años después comprobamos que en educación, el futuro profesional docente se encuentra con una realidad diferente a la que estos autores proponían: los estudios ya fueron adaptados e implantados.

Debido a la gran cantidad de estudios mostrados en este apartado hemos considerado conveniente detener el desarrollo del mismo para aclarar qué se ha expresado hasta el momento. Esto mismo se realizará más adelante con la misma finalidad, aclarar de forma resumida los estudios revisados hasta ese punto.

En la siguiente tabla aparecen, a modo de resumen, los estudios que hasta el momento se han expuesto en este apartado.

AUTOR/ES	AÑO	OBJETO DE ESTUDIO
Scandar	2003	Las intervenciones escolares disminuyen síntomas del trastorno y problemas de conducta
Rief	2008	
Joselevich	2005	Para el maestro tener un TDAH puede ser: estimulante, conflictivo y desgastante
Arce y Santisteban	2006	Es común que los TDAH presenten comorbilidad
Evans, Axerold y Langberg	2004	Las características del TDAH se asocian a un bajo rendimiento académico por la imposibilidad de mantener la atención y reflexión en una tarea
Kellner, Houghton y Douglas	2003	
Langberg, Epstein y Graham	2008	
Miranda y Soriano	2011	
Torell y Rydell	2008	
Snider, Busch y Arrowood	2003	Relación positiva entre los conocimientos que poseen los docentes sobre TDAH y la eficacia en las intervenciones
Vereb y DiPerna	2004	

Tabla 7. Tabla I resumen de los estudios sobre las necesidades formativas del profesorado para el abordaje escolar del TDAH. Fuente: Elaboración Propia

Una de las hipótesis de nuestra investigación es que en dichas adaptaciones no se han realizado cambios sustanciales en lo que a la formación del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en los estudios de Grado de Educación en particular, y de cualquier profesional relacionado con la educación, en general, se refiere. Confirmar esta hipótesis denotará que la reivindicación realizada hace una década tiene aún más sentido, al haber aumentado el número de alumnos diagnosticados, y sigue siendo necesario dar voz a esta necesidad sentida por los maestros y cada vez más visible socialmente.

Dos años más tarde del estudio comentado en líneas anteriores, dos de los autores de dicha investigación (Jarque y Tárraga, 2009) realizaron un estudio en el que se compara

el nivel de conocimientos sobre TDAH de 275 estudiantes de 1º de Magisterio, de 130 de 3º de los mismos estudios universitarios y de 193 maestros en activo.

Los resultados arrojados dejan a la vista el escaso conocimiento que poseían los tres grupos analizados en 2009. Sí se observa una pequeña diferencia: los alumnos de 3º de Magisterio tienen mayor conocimiento que los de 1º, pero no continúa este desarrollo al comparar los estudiantes de 3º con los maestros que ya se encuentran en activo.

En la posterior reflexión de los autores se confirma la necesidad de ampliar la formación que reciben los docentes en los trastornos que aparecen con mayor frecuencia entre el alumnado como es el caso del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Sólo la mitad de la muestra del estudio había recibido en algún momento formación específica de este trastorno, aunque la duración de la misma sólo había sido de unas horas y los conocimientos ofrecidos de carácter global en la mayoría de los casos. Es bastante más alto el porcentaje de los profesionales de la educación pertenecientes a la muestra que habían tenido experiencia con alumnado TDAH.

Coincide que la mayoría de los docentes que han recibido formación a este respecto han impartido clase a alumnado con este trastorno, demostrando así la preocupación de los maestros por conocer cómo atender las necesidades de los estudiantes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad para mejorar su aprendizaje.

Resulta llamativo que los resultados de este estudio sean similares a los que obtuvo Jerome et al. (1999) a pesar de pasar una década entre ambos en la que los diagnósticos se han multiplicado. En ninguna de las dos investigaciones se han encontrado diferencias significativas entre los conocimientos que poseen los estudiantes de último curso de Magisterio y los maestros en activo.

Jarque y Tárraga (2009) hacen alusión a los estudios realizados por Bekle (2004) y Kos, Richdale y Jackson (2004) ya que en ellos sí se encuentran, aunque pequeñas, diferencias entre las personas que aún son estudiantes y los maestros que ya se encuentran ejerciendo su profesión. Esto, como los propios autores comentan, puede deberse a la experiencia previa al estudio que los maestros tenían con alumnado de estas características y la propia inquietud por conocer más.

Se ha descrito que es frecuente que el trastorno, además de presentar un elevado grado de comorbilidad, esté asociado con problemas de relación con los compañeros y dificultades de aprendizaje, lo que puede provocar aislamiento y baja autoestima.

Por ello entendemos que es realmente importante la repercusión que la acción educativa puede tener en la cotidianidad del alumno TDAH, en la mejora de su aprendizaje y de la relación con sus iguales.

Para realizar una labor pedagógica adecuada se hace imprescindible que el docente posea un conocimiento claro y sólido tanto del trastorno en sí como de las técnicas y estrategias adecuadas para la intervención en el aula.

El tratamiento que en la actualidad recomiendan la mayoría de los especialistas para este trastorno es el multidisciplinar, en él se actúa desde la psicología, la educación y, dependiendo del diagnóstico, también desde la farmacología. El hecho de relacionar estas disciplinas hace que se incremente su eficacia (Herrera-Gutiérrez, Calvo-Llena y Peyres-Egea, 2003; Herrera et al., 2011).

Este tratamiento es posible si se implican los profesionales correspondientes (médicos, psicólogos, pedagogos, maestros), las familias y las personas del entorno próximo de los afectados. Orjales (2007) afirma que combinar tratamientos cognitivo-comportamentales con técnicas educativas y conductuales facilita el aprendizaje escolar y la vida social.

El profesorado conforma un grupo con el que el alumnado interactúa durante muchas horas al día. Por ello es importante que tengan el mayor conocimiento posible sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Estos conocimientos facilitarían la comprensión de comportamientos y dificultades y facilitaría que el docente se convirtiese en figura principal del tratamiento educativo, cuyo fin es la mejoría del aprendizaje, del comportamiento y dotar al alumno de estrategias para mejorar su vida académica y social.

Hoy en día encontramos en la literatura científica investigaciones en las que la coordinación entre familia y escuela es señalada como principio general de actuación y base del tratamiento, una vez se ha realizado el diagnóstico (Sherman, Rasmussen y Baydala, 2008).

Tal y como se ha dicho anteriormente, a continuación mostramos una tabla resumen de las investigaciones que hasta ahora se han explicado, desde la anterior tabla con esta finalidad.

AUTOR/ES	AÑO	OBJETO DE ESTUDIO
Jarque y Tárraga	2009	Comparación del nivel de conocimientos sobre el TDAH de estudiantes de magisterio y maestros en activo
Jerome et al.	1999	Estudio similar al anterior con una década de diferencia
Bekle	2004	Estudio similar al anterior en el que sí se encuentran diferencias entre estudiantes y maestros en activo
Kos, Richdale y Jackson	2004	
Herrera-Gutiérrez, Calvo-Llena y Peyres-Egea	2003	Relación entre las diferentes disciplinas para incrementar la eficacia
Herrera et al.	2011	
Orjales	2007	La combinación de tratamientos cognitivo-comportamentales con técnicas educativas y conductuales facilita el aprendizaje escolar y la vida social
Sherman, Rasmussen y Baydala	2008	El principio general de actuación y base del tratamiento es la coordinación entre familia y escuela

Tabla 8. Tabla II resumen de los estudios sobre las necesidades formativas del profesorado para el abordaje escolar del TDAH. Fuente: Elaboración Propia

Consideramos que el docente debe ser la persona que ayude en la cotidianidad del aula a reducir la ansiedad del alumno TDAH y ayudar a concentrarse, adaptando los contenidos a sus necesidades y aprovechando sus posibilidades para mejorar el rendimiento en el aprendizaje. Cuando el maestro conoce el trastorno y sus características podrá adaptar de forma adecuada las tareas y evaluaciones a las necesidades del alumno sin caer en el etiquetado erróneo de sus comportamientos y actitudes (Hidalgo y Soutullo, 2006).

Coincidimos con Cubero (2002) en la afirmación de que los docentes con alumnado afectado por el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad deben manejar de forma eficaz la comunicación y la relación interpersonal además de ser capaces de adaptar el currículo para que los alumnos afectados puedan seguir la disciplina de la clase. El objetivo principal debe ser el desarrollo de estrategias de autocontrol aplicables tanto en el aula como en su vida cotidiana.

Para atender estas necesidades de forma adecuada es imprescindible contar con la formación y los conocimientos adecuados. Con éstos el maestro podrá actuar de forma adecuada ante las diferentes situaciones que se presenten, sintiéndose empoderado de sus capacidades y conocimientos para guiar a los alumnos con TDAH en su proceso de aprendizaje y manejar las posibles situaciones de conflicto que puedan surgir.

Algunas familias consideran beneficioso silenciar que uno de sus hijos tiene TDAH, lo que puede influir en las expectativas que el profesorado tiene para ese alumno. Ohan et al. (2011) afirman que tener un alumno diagnosticado TDAH en el aula tiene un impacto en las actitudes y creencias del docente que no podemos subestimar. Revelar o no el diagnóstico puede tener efectos positivos o negativos.

Por un lado el conocerlo puede ayudar a mejorar las fortalezas y paliar las debilidades, indagar sobre las intervenciones adecuadas y comprender los comportamientos y actitudes en situaciones determinadas.

Por otro lado también podría disminuir el grado de las expectativas que los maestros, las familias y los propios niños tienen respecto a sus destrezas y capacidades.

En el estudio de Ohan et al. (2011) se revela que los profesores conocedores de tener entre sus alumnos alguno afectado por TDAH muestran tendencia a la indagación en las técnicas que favorezcan su aprendizaje y en la búsqueda de otros profesionales que puedan ayudarles a desarrollar las capacidades de estos alumnos.

Los docentes a su vez tenían un nivel bajo de eficacia autopercebida en la enseñanza de estos alumnos y expectativas negativas acerca de su capacidad para tratar con ellos. Es interesante que en los resultados obtengamos que para los maestros con más años de experiencia y formación sobre este trastorno el impacto negativo del posible diagnóstico fue menor, mostrándose menos reticentes a la actuación en el aula.

Moreno (2008) afirma que los docentes deben conocer las características, consecuencias y métodos que han resultado eficaces para hacer frente al trastorno. Por otro lado Ohan et al. (2008) consideran que lo realmente importante es una formación rigurosa en la que se desarrollen las causas del trastorno, se identifiquen sus características y se aclaren las estrategias de trabajo adecuadas en el aula.

Tras la lectura de la literatura sobre el tema entendemos que la formación adecuada debe incluir tanto conocimientos teóricos como prácticos, ofreciendo al profesional de la educación la preparación adecuada para actuar ante las diferentes situaciones que se

provoquen en la cotidianidad del aula y también herramientas para entender al alumno y trabajar con él.

La formación teórica dotará al docente de la información necesaria para entender muchos de los comportamientos, dificultades, respuestas y actitudes que presentan los afectados por TDAH. A su vez, la formación práctica le ayudará a saber cómo intervenir, qué pautas son las más eficaces para comunicarse con el propio afectado y con su familia, cómo manejar las relaciones entre los iguales y además las pautas de trabajo para la organización del temario a desarrollar durante el curso.

Si el docente conoce qué es el TDAH, reconoce las características y sabe cómo trabajar con un alumno que lo padezca será capaz de desarrollar sus habilidades sociales, mejorar su autoestima y ofrecerle herramientas que le ayudarán a relacionarse y desarrollarse como persona en su vida académica, social y familiar.

El hecho de que el profesional de la educación tenga conocimientos sobre el TDAH podrá evitar las etiquetas erróneas, por parte de los iguales y también en ocasiones del grupo de profesores (inquieto, molesto, desobediente, vago, despistado y demás calificativos) al entender que no son actitudes voluntarias.

Este etiquetado tiene una fuerte repercusión en la autoestima y la autopercepción del alumno, por lo que es imprescindible y esencial evitarlo. Podrán guiar a las familias de los estudiantes afectados por TDAH y además serán capaces de reconocer cuando las conductas de un alumno sin diagnosticar comienzan a ser patológicas, siendo los docentes figuras esenciales en el inicio de diagnóstico al percatarse de las diferencias con los iguales y compartir muchas horas con sus alumnos.

Recientemente se ha llevado a cabo un estudio sobre el conocimiento docente sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (Soroa, Gorostiaga y Balluerka, 2016) y las variables formativas y auto-perceptivas realizado a 1278 docentes de 108 centros educativos públicos y concertados de la Comunidad Autónoma del País Vasco y Navarra.

En él se concluía que una mejora en el conocimiento repercutiría de forma directa en una mejora de la calidad. Los resultados tras el análisis fueron que los docentes que conformaban la muestra tenían un conocimiento de nivel bajo-moderado en Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

En esta misma investigación observamos que el tipo de formación recibida ha sido preferentemente de tipo informal y con frecuencia de contenido global. Muy por debajo

de las cifras ofrecidas para la información anterior se encuentran los tipos de formación formal o no formal y de carácter específico.

Los autores concluyen que la forma más eficaz de mejorar el conocimiento es recibir formación combinando los tres tipos: informal, formal y no formal y que debe ir de lo global a lo específico.

Se convierte así el profesorado en un profesional cualificado para percatarse de un posible caso TDAH y para tratar con los estudiantes ya diagnosticados de los trastornos más comunes en nuestra sociedad.

Aunque este estudio es el más reciente realizado a este respecto, lo cierto es que existen multitud de investigaciones sobre la temática con resultados similares, algunos de ellos ya mencionados en líneas superiores (Anderson et al., 2012; Kos et al. 2004; Vereb y DiPerna, 2004; West et al., 2005).

La comunidad científica ha estudiado el conocimiento docente sobre TDAH desde la teoría categorizando la necesidad y analizando la realidad, pero hay también investigaciones sobre el interés de los propios maestros en activo en iniciar o desarrollar, según el caso, sus nociones sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (Rinn y Nelson, 2008; Bekle, 2004; Jarque y Tárraga, 2009; Kos, Richdale y Hay, 2006).

Las investigaciones realizadas en este último bloque se muestran en la tabla a continuación. Con ella se pretende facilitar la visualización de los estudios y clarificar en qué han profundizado cada uno de los que han sido tenidos en cuenta a lo largo de este apartado dedicado a las necesidades formativas del profesorado para el abordaje escolar del TDAH.

Algunos de los estudios comentados en líneas superiores ya han sido incluidos con sus características en tablas anteriores por lo que, para evitar la reiteración, no aparecerán en la tabla siguiente.

AUTOR/ES	AÑO	OBJETO DE ESTUDIO
Hidalgo y Soutullo	2006	Si el maestro conoce el trastorno puede adaptar las tareas y evaluaciones sin etiquetar los comportamientos
Cubero	2002	Los docentes deben manejar de forma eficaz la comunicación y la relación interpersonal

Ohan et al.	2011	Tener un alumno diagnosticado tiene consecuencias, que no podemos subestimar, en las actitudes y creencias del docente Profesores con alumnos TDAH muestran tendencia a la indagación para trabajar con el trastorno
Moreno	2008	Los docentes deben conocer las características, consecuencias y métodos eficaces con el trastorno
Ohan et al.	2008	Esencial una formación en la que se desarrollen: causas del trastorno, características y estrategias de trabajo
Soroa, Gorostiaga y Balluerka	2016	Estudio sobre el conocimiento docente del TDAH y las variables formativas y auto-perceptivas de los docentes
Anderson et al.	2012	Estudios similares al anterior
West et al.	2005	
Rinn y Nelson	2008	Interés de los maestros en activo en iniciar o desarrollar sus nociones sobre el TDAH
Kos, Richdale y Hay	2006	

Tabla 9. Tabla III resumen de los estudios sobre las necesidades formativas del profesorado para el abordaje escolar del TDAH. Fuente: Elaboración Propia

Tras la revisión de estudios e investigaciones emprendidas se observa la relación existente entre el conocimiento docente sobre el TDAH y la predisposición a llevar a la práctica estrategias que faciliten el aprendizaje de estos niños.

Los docentes sin formación específica sobre este trastorno también demuestran esta actitud positiva pero velada por prejuicios y miedos respecto a su capacidad y eficacia autopercebida. Entendemos, por tanto, que es necesario que los futuros docentes tengan una formación específica y de calidad respecto al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

CAPÍTULO 4:

REGULACIÓN NORMATIVA DEL ABORDAJE DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL SISTEMA ESCOLAR

4.1 Legislación vigente

4.2 Protocolos de actuación coordinada para el tratamiento del TDAH en España

4.3 Protocolo andaluz de atención al Trastorno por Déficit de Atención e
Hiperactividad

CAPÍTULO 4

REGULACIÓN NORMATIVA DEL ABORDAJE DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL SISTEMA ESCOLAR

*El objeto de la educación
es formar seres aptos
para gobernarse a sí mismos,
y no para ser gobernados por los demás.
-Herbert Spencer*

Recientemente, en el año 2013, la legislación educativa española ha incluido el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en la Ley Orgánica de Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE).

Esta incorporación ha promovido que se generen análisis y estudios que verifiquen el grado de respuesta educativa que ha significado para los alumnos afectados por este trastorno. Así, la colaboración entre investigadores y docentes podría enriquecer el diseño, la interpretación e implementación de los resultados de las investigaciones y de las respuestas ofrecidas en la práctica (DuPaul y Jimerson, 2014).

Que el TDAH aparezca reflejado en una Ley Orgánica es un logro de gran repercusión para la red asociativa de este trastorno, y por ende, para todos los agentes que se relacionan con los escolares afectados y también para los investigadores de las diversas áreas científicas.

En nuestro trabajo de investigación la fecha de promulgación de la LOMCE ha significado el punto de partida temporal a partir del cual se han analizado aquellas acciones formativas referentes al TDAH que se ofrecen a los profesionales de la educación.

4.1 LEGISLACIÓN VIGENTE

Hemos considerado necesario dar a conocer el contexto legislativo español hasta llegar al momento en el que nos encontramos. Para ello se ha realizado una breve revisión desde la Constitución Española de 1978 hasta que, en 2013, la Ley Orgánica de Mejora de la Calidad Educativa incluye el término Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Se ha estimado pertinente comenzar este resumen mostrando la siguiente imagen, creada por la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH). En ella se resumen los momentos más relevantes, para la red de asociaciones de TDAH, del proceso de los últimos años hasta conseguir que el TDAH sea contemplado en la Ley Orgánica de Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE).

Tal y como se puede observar a continuación, la FEAADAH marca el inicio de este camino en 2006 con la iniciativa de un padre de dos hijos afectados por el trastorno que se reúne con un diputado para dar a conocer el TDAH y su situación educativa.

Siete años más tarde, el 28 de noviembre de 2013, finaliza consiguiendo su propósito inicial: que el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad sea tenido en cuenta en la legislación educativa.

Año 2006	Año 2010	Año 2013	28 noviembre 2013
UN PADRE DE DOS HIJOS CON TDAH SE REÚNE POR PRIMERA VEZ CON UN DIPUTADO. Le cuenta en qué consiste este trastorno, su alto índice de prevalencia en España, la importancia de la detección temprana del mismo y cómo el ámbito educativo es crucial para minimizar el sufrimiento que el TDAH origina en afectados y familiares.	EL PRESIDENTE DE FEAADAH COMPARECE EN EL SENADO. Y el 21 de octubre se aprueba la Moción en la que la Cámara Alta insta al Gobierno a realizar actuaciones en relación con el TDAH en el ámbito educativo, sanitario y social.	UNA FEDERACIÓN CONFIGURADA POR MÁS DE SETENTA ORGANIZACIONES DE TODA ESPAÑA ES ESCUCHADA EN EL SENADO Y EN EL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS. Y consigue que la atención especial al TDAH aparezca expresamente mencionada en la nueva ley orgánica que regirá la educación de todos los españoles a partir de ahora.	EL TDAH ES CONTEMPLADO EN LA LEY ORGÁNICA DE MEJORA DE LA CALIDAD EDUCATIVA (LOMCE). Y con un amplio consenso parlamentario, una fortaleza que no tienen otros controvertidos aspectos de esta ley. Un gran día para el TDAH, un sueño cumplido para FEAADAH.

Imagen 8. Momentos relevantes hasta la inclusión del TDAH en la LOMCE. Fuente: FEAADAH

Se ha mostrado, mediante los cuatro momentos que la Federación considera de mayor importancia, los años de reivindicación de las asociaciones del TDAH desde que aquel padre tuvo la iniciativa de dar a conocer el trastorno a un cargo público hasta llegar al punto en que nos encontramos en la actualidad.

En las líneas que siguen realizaremos un recorrido desde el inicio de nuestra democracia hasta la promulgación de la LOMCE. Iniciado el período democrático en España encontramos que la Constitución Española, en su artículo 27, recoge el derecho de todos a la educación.

También se establece, en el artículo 49, la obligación por parte de los poderes públicos de asistir, mediante la llamada política de integración, a la integración de las personas con disminución física, sensorial y psíquica; prestando la atención que requieran.

Años más tarde, con la Ley 13/1982 del 7 de abril de Integración Social de Minusválidos (LISMI), se desarrolló el artículo 49 de la Constitución, citado anteriormente.

En esta ley se establecen los principios de sectorización y normalización de los servicios e integración y atención individualizada que deben seguir las Administraciones Educativas en sus actuaciones, en todas las áreas y niveles, en relación con aquellas personas con algún tipo de minusvalía.

Una década después, en 1990, se contempla la posibilidad de que los estudiantes con necesidades educativas de carácter especial puedan alcanzar los objetivos generales, y puedan continuar dentro del mismo sistema (Ley Orgánica 1/1990 del 3 de octubre).

En 1995 se aprobó la Ley Orgánica de la Participación, Evaluación y el Gobierno de los centros docentes, 9/1995 del 20 de noviembre.

Esta ley garantizaba la escolarización en centros educativos públicos, o que fuesen sostenidos con fondos públicos, de aquellos alumnos que bien tenían necesidades educativas especiales, temporales o permanentes, bien poseían discapacidad física, psíquica, sensorial, trastornos grave de conducta o bien se encontraban en situaciones sociales o culturales desfavorecidas.

El siguiente cambio legislativo que atañe a los afectados por el TDAH fue el capítulo VII del Título I a la atención del alumnado con necesidades educativas específicas, de la Ley Orgánica 10/2002 de Calidad de la Educación, del 23 de diciembre.

Este capítulo legislativo introduce cambios, incluye en el grupo de atención a alumnos con necesidades educativas especiales a aquellos estudiantes que se encuentren en

situaciones de desventaja social, al alumnado de procedencia extranjera y también a aquellos alumnos superdotados intelectualmente.

En el 2013 se pueden encontrar diferentes modificaciones en la Ley Orgánica 8/2013, del 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa en los que profundizaremos más adelante.

Llegados a este momento, consideramos adecuado ilustrar el proceso seguido hasta la aprobación de la LOMCE. Se pretende facilitar la comprensión de lo ya mostrado antes de adentrarnos de lleno en los apartados de la Ley Orgánica de 2013 que hacen referencia a los afectados por el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Constitución Española 1978	<ul style="list-style-type: none"> • Artículo 27 - Derecho de todos a la educación • Artículo 49 - Obligación de los poderes públicos a integrar a las personas con disminución física, sensorial y psíquica.
Ley 13/1982 desarrollo del Artículo 49	<ul style="list-style-type: none"> • Integración Social de Minusválidos (LISMI) • Establece los principios de sectorización y normalización de los servicios e integración y atención individualizada
Ley Orgánica 1/1990	<ul style="list-style-type: none"> • Se contempla que alumnos con necesidades educativas especiales pueden alcanzar los objetivos generales dentro del mismo sistema
Ley Orgánica de Participación, Evaluación y Gobierno de centros docentes 9/1995	<ul style="list-style-type: none"> • Garantiza la escolarización en centros públicos de los alumnos con necesidades educativas especiales
Ley Orgánica 10/2002 de Calidad de la Educación	<ul style="list-style-type: none"> • Capítulo VII del Título I a la atención del alumnado con necesidades educativas específicas • Amplía el grupo de necesidades que se incluyen en las necesidades educativas especiales

Figura 21. Recorrido legislativo relacionado con el TDAH desde la Constitución Española hasta la promulgación de la LOMCE (2013). Fuente: Elaboración Propia

A continuación, especificaremos los diferentes apartados que repercuten en la atención y trato específico de los estudiantes afectados por el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad:

- El Preámbulo marca la existencia de un solo sistema educativo inclusivo, integrador, de calidad y exigente, que garantice la igualdad de oportunidades y haga efectiva la posibilidad de que cada alumno desarrolle sus potencialidades al máximo. En 2010 la Comisión Europea aprueba la Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020 mediante la que la educación debe dirigirse a las personas con discapacidad para garantizarles una educación y formación inclusivas y de calidad, todo ello enmarcado por la iniciativa que plantea la Estrategia Europea para un crecimiento inteligente: 'Juventud en movimiento'. Para ello se toma como marco de referencia la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que es vigente y aplicable en España desde mayo de 2008 y fue adoptada por las Naciones Unidas en diciembre de 2006.
- Se modifican los siguientes párrafos de la Ley Orgánica de Educación 2/2006 del 3 de mayo:
 - Uno: Equidad. Garantía de igualdad de oportunidades para el desarrollo de la personalidad a través de la inclusión educativa, la educación, la igualdad de oportunidades y derechos para superar cualquier discriminación, accesibilidad universal a la educación. Ésta debe actuar como elemento que compense las desigualdades culturales, económicas, sociales y personales; prestando atención de forma especial a las personas con cualquier tipo de discapacidad.
 - Doce: En el artículo 20, el punto 4. Se realizarán diagnósticos precoces y se establecerán mecanismos de refuerzo en la búsqueda del éxito escolar; prestando especial atención durante la etapa a la atención personalizada.
 - Diecinueve: Programa de mejora del aprendizaje y del rendimiento, que se encuentra en el artículo 27. En concreto el punto 3 especifica que estos programas se dirigirán de forma específica a los alumnos con dificultades relevantes en el aprendizaje que no sean por falta de estudio o esfuerzo. El artículo 28, del diecinueve también, en su punto 1 explica que para el alumnado de Educación Secundaria Obligatoria la evaluación será continua, formativa e integradora. Estableciendo las medidas adecuadas para que las evaluaciones se adapten al alumnado con necesidades educativas especiales.
 - Cincuenta y siete. El artículo 71, del que especificaremos los puntos uno y dos. Punto 1: Las Administraciones Educativas podrán establecer

planes para apoyar a los centros con alumnado en situación de desventaja social y dispondrán de los medios necesarios para que el alumnado en su totalidad desarrolle su potencial personal, social, emocional e intelectual. Alcanzando así los objetivos establecidos con carácter general. Punto 2: las Administraciones Educativas deben asegurar los recursos necesarios para los alumnos que requieran atención educativa específica, bien sea por necesidades educativas especiales, por dificultades específicas del aprendizaje, por haberse incorporado tarde al sistema educativo, por TDAH, por altas capacidades intelectuales o bien por condiciones personales o de historia escolar. El fin es que este grupo en riesgo pueda alcanzar el máximo desarrollo de sus capacidades personales y de los objetivos establecidos con carácter general para todo el alumnado.

- Cincuenta y nueve. En su artículo 79 encontramos dos puntos en los que se establecen medidas de escolarización y atención. Punto 1: las Administraciones Educativas deben adoptar las medidas necesarias para identificar y valorar tempranamente las necesidades del alumnado con dificultades específicas de aprendizaje. Punto 2: este alumnado se escolarizará asegurando su no discriminación y la igualdad efectiva tanto de acceso como de permanencia en el sistema educativo.
- Setenta y siete. Las acciones destinadas a fomentar la calidad de los centros docentes son explicadas en el punto 3 del artículo 122. En dicho punto se dice que el Proyecto Educativo de Calidad debe suponer la especialización de los centros docentes, comprendiendo actuaciones que tiendan a la especialización curricular, a la formación docente, a la atención del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo, a la excelencia o a la aportación de recursos didácticos a las plataformas digitales compartidas.

Debido a la dificultad que, en ocasiones, puede suponer la lectura legislativa hemos considerado adecuado recopilar los puntos más relevantes de la Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa respecto al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Para ello se debe distinguir entre:

- Diversidad ordinaria: presente en todas las aulas.
- Necesidades Específicas de Apoyo Educativo (NEAE)

En TDAH se encuentra en el grupo de las NEAE junto a otros grupos de necesidades. La siguiente figura nos muestra cuáles de estas necesidades específicas componen las NEAE para contextualizar el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad entre ellas.

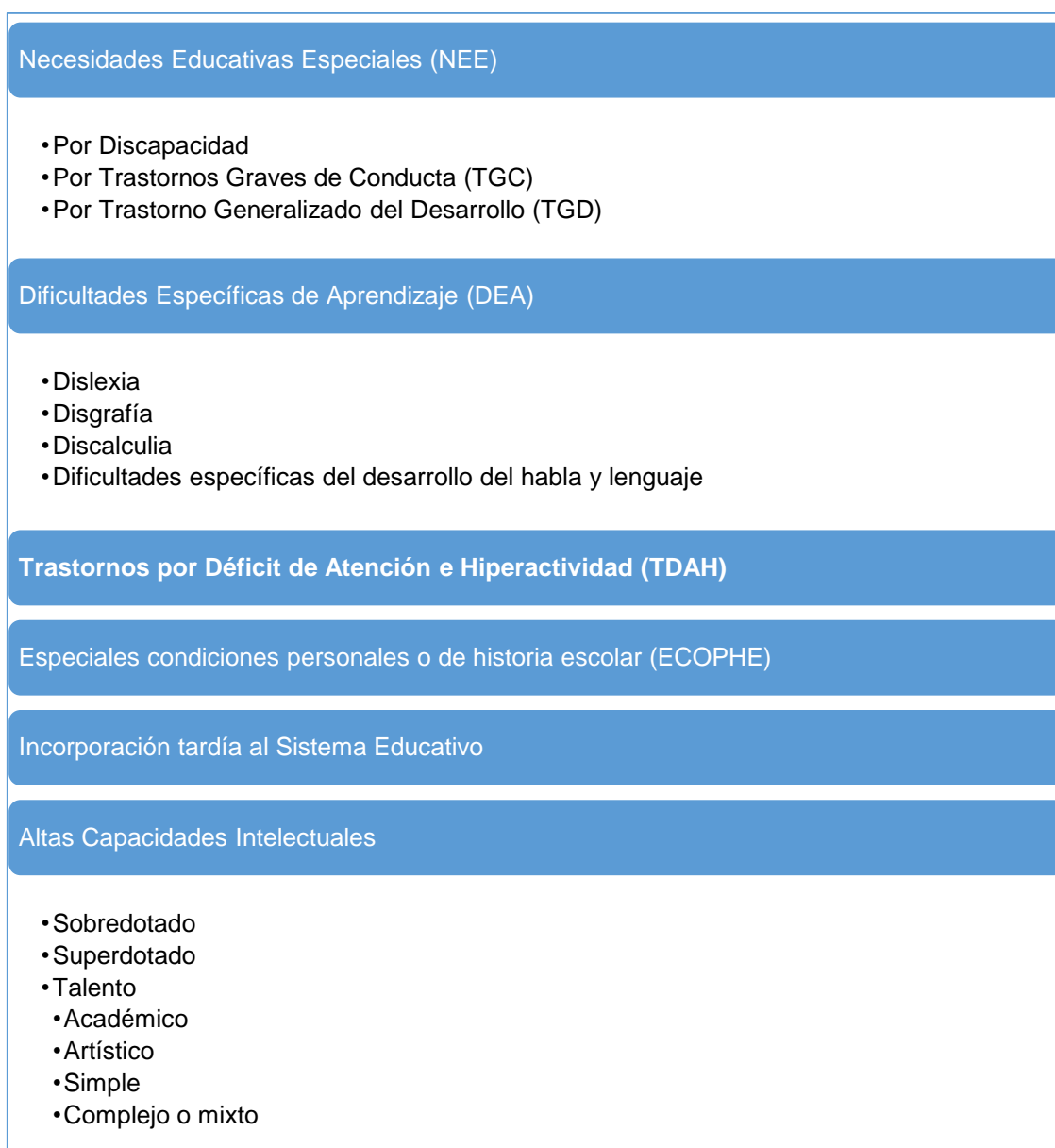


Figura 22. Necesidades Específicas de Apoyo Educativo (NEAE). Fuente: Elaboración Propia

La mejora principal de la Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa, en referencia al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, es que establece que el trastorno sea considerado de forma específica para el apoyo educativo.

4.2 PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN COORDINADA PARA EL TRATAMIENTO DEL TDAH EN ESPAÑA

Tras profundizar en las medidas legislativas que han sido implementadas a nivel nacional desde la aprobación de la Constitución, ahora profundizaremos en la explicación de aquellas que se han tomado a nivel autonómico.

No todas las Comunidades Autónomas españolas tienen protocolos oficiales que hagan referencia al TDAH. En el caso de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, no hemos encontrado información alguna al respecto.

La información que ofrecemos sobre los protocolos que cada una de las Comunidades Autónomas de España ha publicado procede del portal web de la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH), cuya última actualización de datos fue en marzo del presente año (2017).

Tras una búsqueda exhaustiva de datos legislativos y protocolarios para la realización de este apartado, es en esta Federación donde se expone de forma explícita y detallada las normativas jurídicas y los protocolos existentes en las diferentes Comunidades Autónomas en relación con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

En las líneas que siguen desarrollaremos estos datos y en la webgrafía pueden encontrarse todos los enlaces a los protocolos y documentos en los que profundizamos a continuación. Hemos considerado pertinente realizar un cuadro-resumen para tener una visión global previa de los documentos que vamos a ampliar.

	Comunidad	Documentos y protocolos
4.2.1	Andalucía	- Instrucciones que establecen el Protocolo de actuación y coordinación para la detección e intervención educativa con el alumnado con problemas o trastornos de conducta y con TDAH.

4.2.2	Aragón	<ul style="list-style-type: none"> - Déficit de atención: aspectos generales, protocolo de intervención, diagnóstico y tratamiento. - TDAH en consultas de pediatría de primaria y neuropediatría.
4.2.3	Asturias	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolo para la detección y evaluación del alumnado con TDAH en el ámbito educativo. - Orientaciones y estrategias dirigidas al profesorado para trabajar con alumnado con TDAH.
4.2.4	Baleares	<ul style="list-style-type: none"> - Guía práctica con recomendaciones de actuación para los centros educativos en los casos de alumnos con TDAH.
4.2.5	Canarias	<ul style="list-style-type: none"> - Detección e intervención con escolares que presentan TDAH. Coordinación entre sanidad y educación. - Programa para la atención educativa del alumnado con TDAH. Orientaciones para el profesorado.
4.2.6	Cantabria	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolo de Coordinación en actuaciones educativas y sanitarias encaminadas a la detección precoz y el seguimiento de las personas con TDAH durante la edad pediátrica.
4.2.7	Castilla-La Mancha	<ul style="list-style-type: none"> - Resolución para publicitar el Protocolo de Coordinación TDAH. - Ideas clave en la respuesta educativa para el alumnado con TDAH.
4.2.8	Castilla y León	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolo de coordinación del TDAH.
4.2.9	Cataluña	<ul style="list-style-type: none"> - El TDAH: detecció i actuació en l'àmbit educatiu. Materials per a l'atenció a la diversitat. - Protocolo per al maneig del TDAH infantojuvenil en el sistema sanitari català.
4.2.10	Extremadura	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolo de actuación conjunta para el alumnado con TDAH en Extremadura
4.2.11	Galicia	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolo de consenso sobre TDAH na infancia e na adolescencia nos ámbitos educativo e sanitario.
4.2.12	La Rioja	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolo de Intervención Educativa con el alumnado con TDAH.
4.2.13	Madrid	<ul style="list-style-type: none"> - Instrucciones sobre la aplicación de medidas para la evaluación de los alumnos con dislexia, otras dificultades específicas de aprendizaje o TDAH en las enseñanzas.

4.2.14	Murcia	- Protocolo de coordinación de actuaciones educativas y sanitarias en la detección y diagnóstico del TDAH.
4.2.15	Navarra	- Protocolo de derivación y traspaso de información TDAH en niños y adolescentes.
4.2.16	País Vasco	- Guía de actuación con el alumnado con TDAH.
4.2.17	Valencia	- Está anunciado un protocolo desde 2014, pero no ha sido publicado.

Tabla 10. Documentos y protocolos de las 17 Comunidades Autónomas. Fuente: Elaboración Propia a partir de FEAADAH

4.2.1 Andalucía

En Andalucía el documento hallado respecto al trastorno es:

- Instrucciones de 20 de abril de 2012, de la Dirección General de Participación e Innovación Educativa, por la que se establece el protocolo de actuación y coordinación para la detección e intervención educativa con el alumnado con problemas o trastornos de conducta y por trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.

Estas instrucciones, que se pueden encontrar en el anexo 3, son fruto de la coordinación entre las Consejerías de Gobernación y Justicia, Salud e Igualdad y Bienestar Social y Educación de la Junta de Andalucía.

Con ellas se pretende proporcionar una respuesta conjunta para las actuaciones que se dirigen a la prevención, atención temprana y detección de problemas graves de conducta.

También busca promover hábitos de conducta saludables, la educación en valores, el desarrollo positivo, recuperar el proyecto vital de las familias y que el menor se desarrolle integralmente en un entorno más solidario, equitativo y no estigmatizante.

4.2.2 Aragón

En esta Comunidad Autónoma se realizó el trámite, a través de las cortes, de una proposición para la atención de los afectados por el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Pero la comisión de educación rechazó esta propuesta.

Sí están disponibles dos documentos en los que el área educativa y el área sanitaria, respectivamente, pueden encontrar pautas y protocolos de intervención, diagnóstico, tratamiento y demás aspectos relevantes.

Podrían considerarse guías para que los profesionales educativos y médicos puedan apoyarse ante el trabajo con un afectado por TDAH.

En el campo educativo la “Guía Práctica Déficit de Atención: Aspectos generales. Protocolo de intervención, diagnóstico y tratamiento” ofrece información sobre qué es el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, la comorbilidad y las causas, los protocolos de intervención, el tratamiento farmacológico, psicológico y psicoeducativo.

Nos encontramos ante 94 páginas en las que los profesionales de la educación aragoneses pueden encontrar información general sobre el trastorno. Es un documento que puede resultar de gran utilidad como primera toma de contacto con el TDAH.

Por su parte el documento destinado a los profesionales del área sanitaria se centra en los aspectos a tener en cuenta en las consultas de pediatría y neuropediatría, trata sobre el control del tratamiento farmacológico y ofrece información para el diagnóstico y tratamiento.

4.2.3 Principado de Asturias

En Asturias se cuenta con una guía específicamente diseñada como protocolo para profesionales de la orientación educativa y otra dirigida al profesorado.

En la que ha sido diseñada para los orientadores podemos encontrar información general sobre el trastorno, cómo detectarlo y evaluarlo y cómo realizar un informe de evaluación psicopedagógica.

Por su parte la guía diseñada para los docentes ofrece estrategias para manejar el aula, dedican un apartado en concreto para Educación Primaria y otro para Educación Secundaria.

También se pueden encontrar pautas de intervención en dificultades específicas y estrategias para evaluar. Por último ofrece información para favorecer la coordinación entre el centro y las familias.

4.2.4 Islas Baleares

En la comunidad balear no existe un protocolo como tal, pero la asociación balear de padres de niños con TDAH (STILL) ha realizado una guía con recomendaciones.

Esta guía ha sido tanto aprobada como revisada por el servicio de innovación de la Consejería de Educación de esta comunidad. Por esto se tiene en cuenta este documento como válido, a pesar de que las Islas Baleares no poseen un documento de protocolo como tal.

En esta “Guía práctica con recomendaciones de actuación para los centros educativos en los casos de alumnos con Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad” encontramos apartados referentes a las actuaciones ante el alumnado con este trastorno y el tratamiento.

Nos ofrece pautas para el centro y el profesor de dos formas:

- Por separado: pautas para el centro y pautas para el profesor.
- Conjuntamente: pautas para el profesor y el centro.

Además incluye un apartado que se refiere en concreto a las adaptaciones curriculares de acceso.

4.2.5 Islas Canarias

Canarias cuenta con un “Programa para la atención educativa del alumnado con TDAH” que se dirige principalmente a la orientación del profesorado.

En este documento dan unas nociones básicas del trastorno y se informa sobre cómo se inicia la detección y qué se puede hacer en el centro educativo con los alumnos afectados por el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Además de este programa también existe un documento de coordinación entre sanidad y educación.

La aproximación diagnóstica del alumnado se realiza en el área sanitaria y la respuesta educativa se determina por las necesidades educativas percibidas en la evaluación psicopedagógica realizada por el Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP).

Partiendo de esta base se establece la necesidad de coordinación y colaboración entre ambos servicios para la identificación, tratamiento y seguimiento de cada caso.

4.2.6 Cantabria

En Cantabria se ha publicado el “Protocolo de Coordinación en actuaciones educativas y sanitarias encaminadas a la detección precoz y el seguimiento de las personas con TDAH durante la edad pediátrica” (2014). La creación del mismo queda justificada en su presentación:

La Consejería de Sanidad y Servicios Sociales y la Consejería de Educación, Cultura y Deporte del Gobierno de Cantabria, conscientes de la necesidad de coordinar adecuadamente las actividades que se llevan a cabo tanto en el ámbito educativo como en el sanitario para la detección precoz, valoración, diagnóstico y tratamiento de las personas que presentan un Trastorno por Déficit de Atención con/sin Hiperactividad (TDAH), han elaborado este protocolo.

En gran parte de este documento se muestra el proceso de detección, valoración e intervención para los afectados por este trastorno.

4.2.7 Castilla-La Mancha

En Castilla-La Mancha existen dos documentos oficiales relevantes. Por un lado el Protocolo de Coordinación de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, y por otro un documento llamado “Ideas clave en la respuesta educativa al alumnado con TDA-H”.

El protocolo tiene como finalidad dar una respuesta adecuada a la población infantil y juvenil con TDAH y a sus familias. Para conseguirlo, se pretende mejorar la coordinación y el intercambio de información entre los ámbitos sanitario, social y educativo.

El otro documento, cuya carta de presentación firma la Consejera de Educación y Ciencia de Castilla-La Mancha, quiere facilitar a la comunidad educativa una ayuda para mejorar la atención individualizada del alumnado afectado por este trastorno.

En él podemos encontrar información sobre la detección temprana, las medidas en el centro y las medidas curriculares, además de un apartado titulado “Formación” en el que se afirma que tanto la formación como la información deben dirigirse a alumnado, familias y profesorado, ya que son quienes forman parte de la comunidad educativa.

Nos parece especialmente relevante el hecho de que para realizar este documento se hayan tenido en cuenta las aportaciones de las asociaciones de afectados de la región.

4.2.8 Castilla y León

En esta comunidad encontramos el “Protocolo de coordinación del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad”. Un documento de 58 páginas en el que, tal y como se indica en la presentación, se busca facilitar la coordinación entre los ámbitos sanitario y educativo para que las intervenciones sean exitosas.

El protocolo define tres grandes fases de actuación, para cada una de ellas se establece las personas implicadas y las responsabilidades. La consecución de las fases es la siguiente:

1. Primera Fase: Detección Temprana de TDAH.
2. Segunda Fase: Diagnóstico y Tratamiento en Atención Primaria.
3. Tercera Fase: Diagnóstico y Tratamiento en Atención Especializada.

En el documento también se encuentra el apartado ‘Explicación de términos’ que define resumidamente qué son los equipos de orientación educativa y psicopedagógica, qué es un informe psicopedagógico y terminología similar que puede causar dudas en las familias y establece recomendaciones terapéuticas generales, para los padres y para el centro educativo.

4.2.9 Cataluña

En Cataluña encontramos también dos documentos referentes al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Uno de ellos es el Protocolo para el TDAH en el Sistema

Sanitario Catalán y el otro es una Guía para maestros y profesores de Educación Primaria y Educación Secundaria

El primero ha sido realizado por un grupo de trabajo sobre el TDAH. Como en otras comunidades pretende relacionar las áreas educativas y sanitarias para ofrecer un tratamiento integral.

La guía se compone de apartados en los que se ofrece información del trastorno, cómo detectarlo y diferentes pautas para facilitar la intervención escolar.

4.2.10 Extremadura

El “Protocolo de actuación conjunta para el alumnado con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad” en Extremadura comienza justificando la necesidad de este documento. Se explica que el protocolo parte de un acuerdo colaborativo entre la Consejería de Salud y la de Educación y que la finalidad última es la mejora de los menores diagnosticados con este trastorno.

La primera parte de este documento se dedica a ofrecer información sobre el TDAH. El siguiente bloque es destinado a los momentos de actuación que se establecen en el protocolo y, en el último apartado, desarrollar la evaluación y seguimiento del propio documento.

4.2.11 Galicia

La Xunta de Galicia presenta en 2014 un Protocolo de consenso en el que se tienen en cuenta la infancia y adolescencia y se relacionan los ámbitos educativo y sanitario.

En este documento se presta atención a las diferentes manifestaciones del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, teniendo entre sus puntos aquellas manifestaciones que se relacionan con el funcionamiento socioemocional. Además se ofrece información sobre las actuaciones de los servicios educativos y sanitarios.

4.2.12 La Rioja

En La Rioja se ha publicado el “Protocolo de intervención educativa en el alumnado con TDAH”. Este documento aporta información sobre qué es, su tratamiento y desarrolla algunos puntos de información específica.

Además contiene un apartado en el que se centra en orientar a las familias para que, en colaboración con los centros educativos, se promuevan rutinas y se desarrolle la autoestima de forma adecuada.

4.2.13 Comunidad de Madrid

El documento oficial con el que se cuenta en Madrid son unas instrucciones que relacionan la Dirección General de Educación Infantil y Primaria con la de Educación Secundaria, Formación Profesional y Enseñanzas de Régimen Especial. En estas instrucciones se trata de las medidas a aplicar para alumnos afectados por la dislexia y dificultades del aprendizaje o Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Consta de seis instrucciones en las que se pretenden dar algunas pautas educativas para la detección inicial y la aplicación de medidas en los exámenes e instrumentos de evaluación, como ejemplo.

4.2.14 Región de Murcia

En Murcia se cuenta con el “Protocolo de Coordinación de actuaciones Educativas y Sanitarias en la detección y diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad”. Éste divide la información que ofrece en tres bloques: fase inicial, intermedia y final.

Cada una de estas fases realiza las siguientes funciones:

- Fase inicial de detección: busca detectar, por sus características y comportamientos, a los posibles afectados por este trastorno para una posterior derivación.

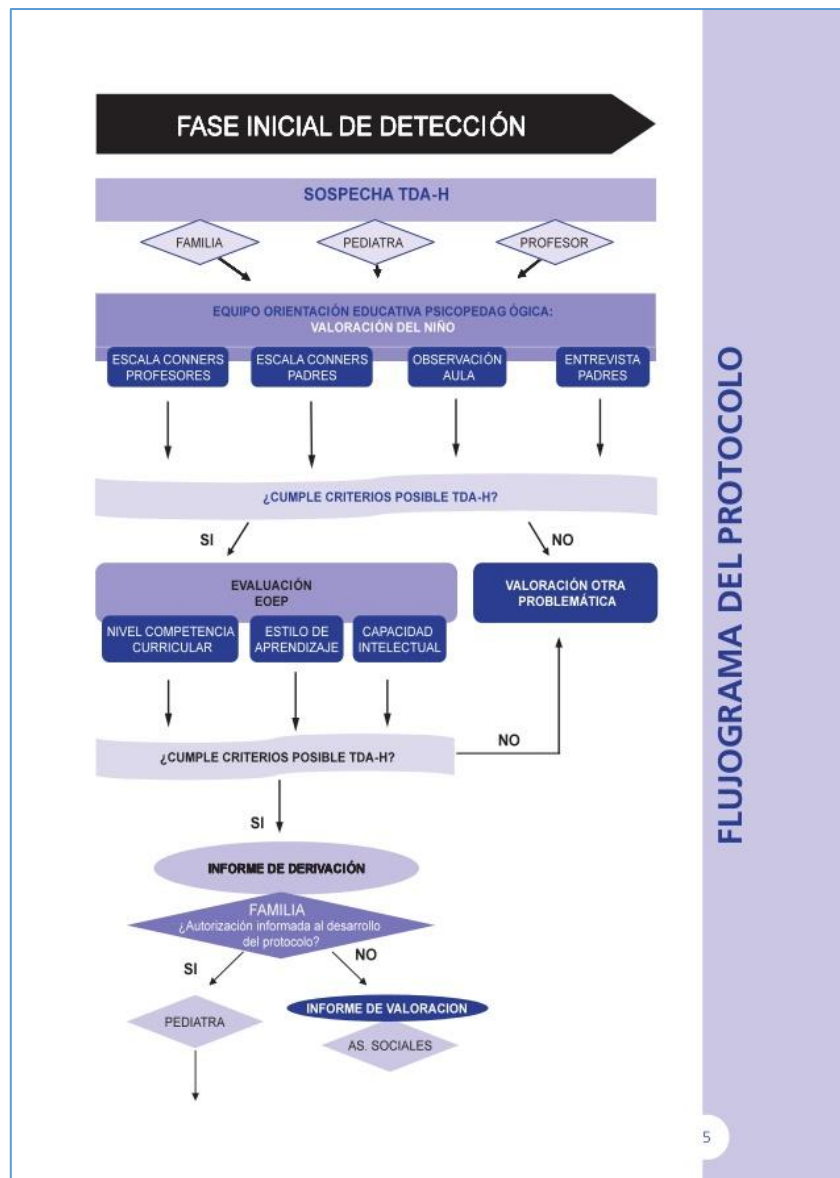


Imagen 9. Mapa conceptual de la “Fase inicial de detección”. Fuente: Protocolo de Coordinación de actuaciones Educativas y Sanitarias en la detección y diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Región de Murcia.

- Fase intermedia de detección-identificación: pretende descartar a los que, presentando alguna características, no presentan indicadores específicos o se detecta que corresponden a otro trastorno.

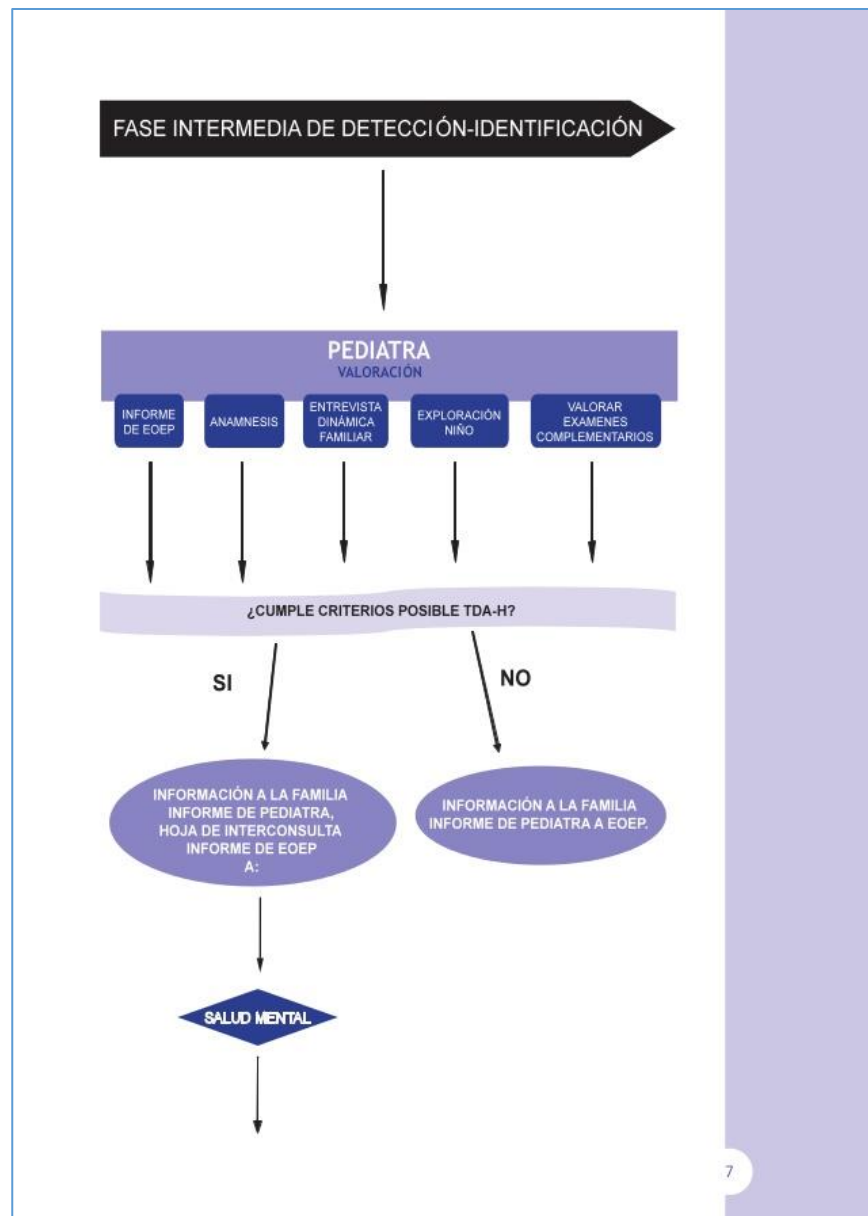


Imagen 10. Mapa conceptual de la “Fase intermedia de detección-identificación”. Fuente: Protocolo de Coordinación de actuaciones Educativas y Sanitarias en la detección y diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Región de Murcia.

- Fase final de diagnóstico: pone de manifiesto el diagnóstico de TDAH permitiendo diseñar un Plan Interdisciplinar de Actuación y Seguimiento.

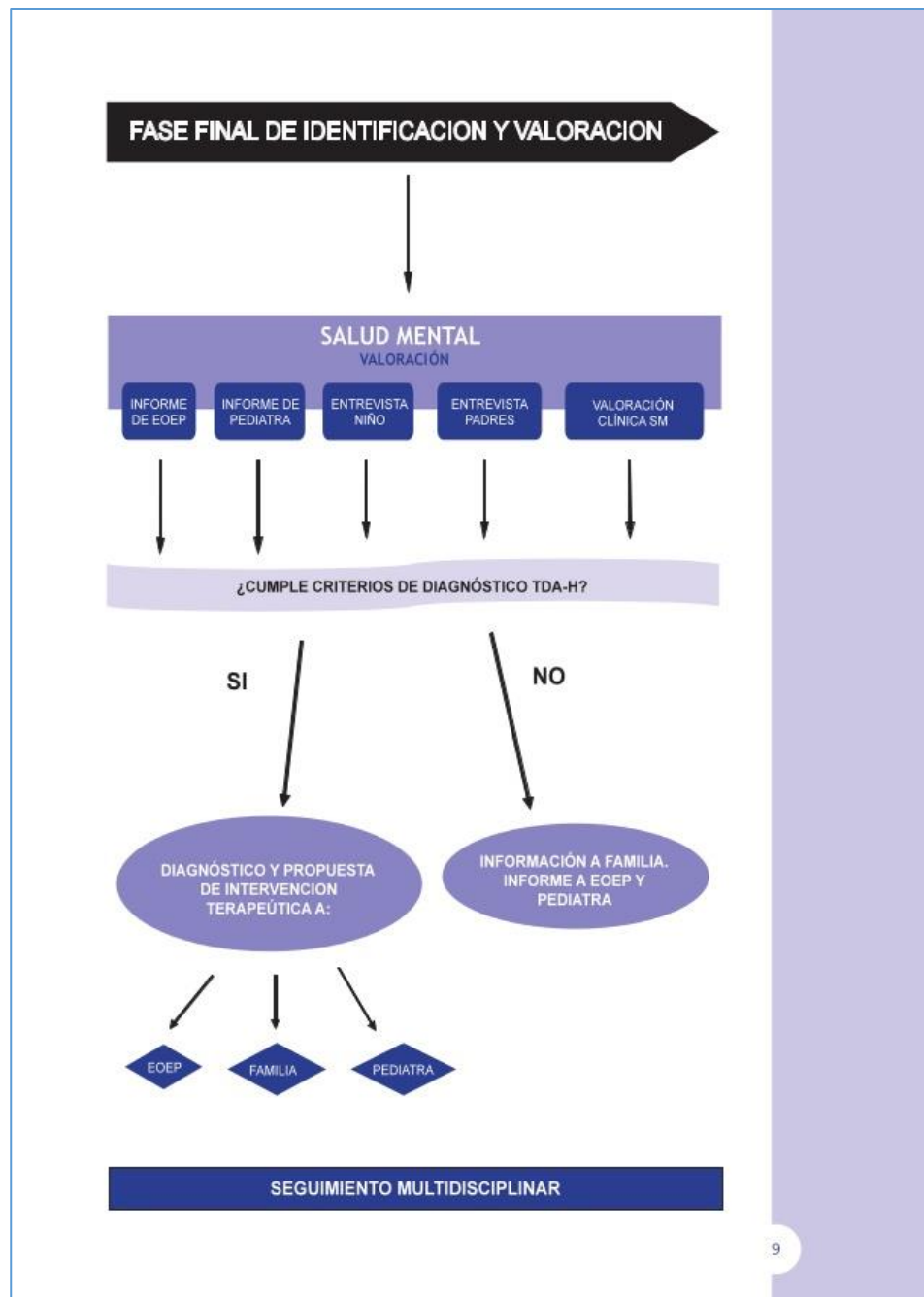


Imagen 11. Mapa conceptual de la “Fase final de diagnóstico”. Fuente: Protocolo de Coordinación de actuaciones Educativas y Sanitarias en la detección y diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Región de Murcia.

El documento cuenta, además, con una gran variedad de anexos entre los que se ofrecen diferentes documentos necesarios para la detección y también información que puede servir de ayuda a los agentes implicados en la detección, diagnóstico y seguimiento.

4.2.15 Comunidad Foral de Navarra

El “Protocolo de derivación y traspaso de información. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes” se realiza en Navarra con la finalidad de cubrir la necesidad de coordinación detectada.

Se busca abordar de forma multidisciplinar los trastornos que afectan a un número importante de escolares y que repercuten de forma significativa a su vida educativa, familiar, social y al desarrollo personal.

La información en este protocolo se organiza en los siguientes pasos:

- Flujograma del circuito asistencial: se trata de un gráfico en el que, de forma representativa, se explica el circuito de asistencia desde la duda de afección por TDAH. En este gráfico se define el camino a seguir desde que en la familia o el centro escolar se comienza a sospechar que se podría estar ante un caso de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Debido a la claridad esquemática y conceptual del mismo hemos considerado pertinente incluir este flujograma en la página a continuación.
- Guía de cumplimentación del protocolo actualizado de derivación y traspaso de información: consta de un primer nivel de ámbito escolar y un segundo de atención primaria o psiquiatría, atendiendo así a las áreas educativa y sanitaria.
- Interconsulta no presencial Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Esta vía de comunicación entre la atención especializada y Pediatría consiste en recoger la información necesaria del paciente mediante una ficha del mismo nombre, siendo a través de ésta la forma de comunicación entre ambos profesionales.

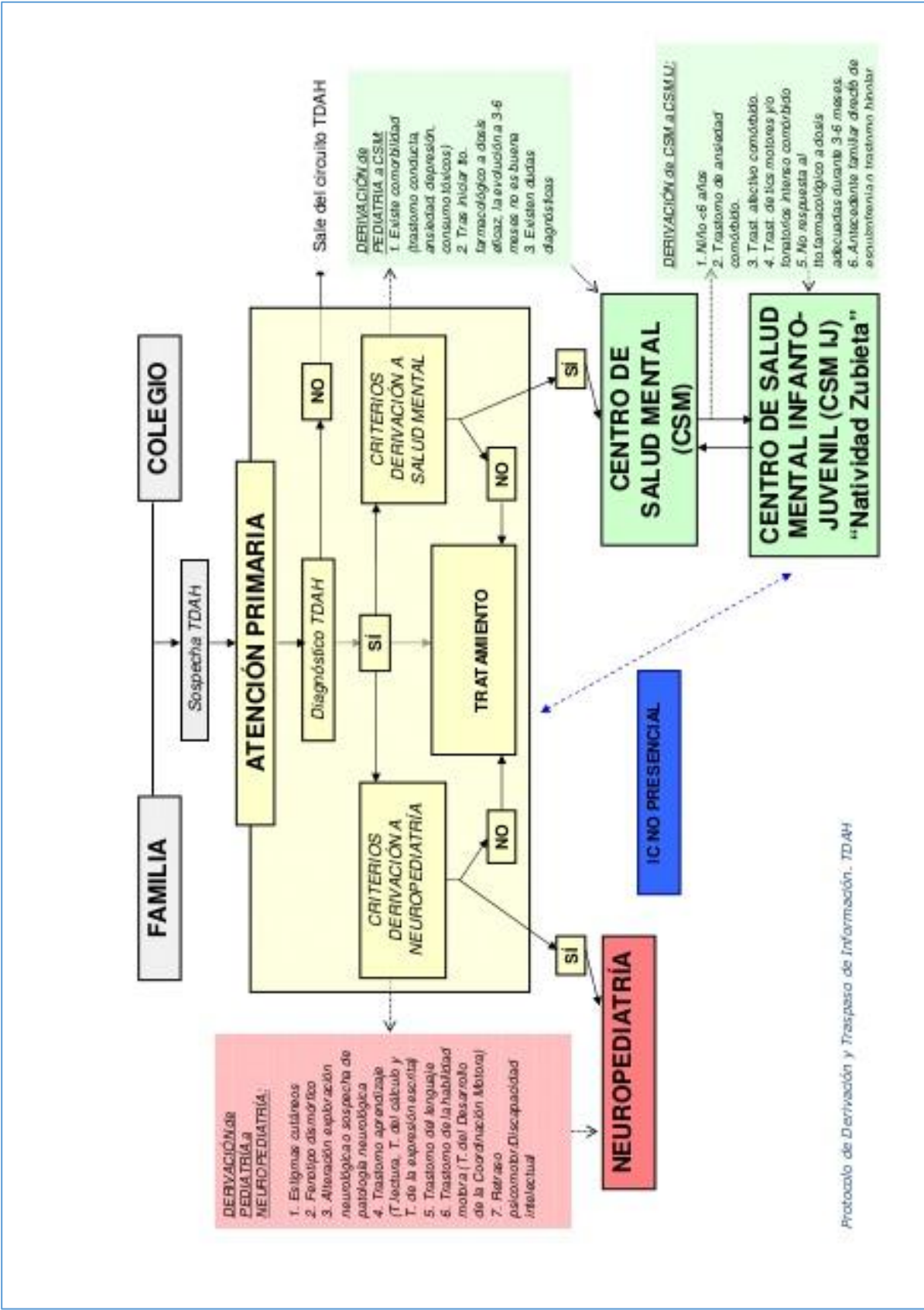


Imagen 12. Flujograma del circuito asistencial. Fuente: Protocolo de derivación y traspaso de información. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Comunidad Foral de Navarra.

4.2.16 País Vasco

En el País Vasco se ha publicado una “Guía de actuación con el alumnado con TDA-H (Déficit de Atención con Hiperactividad). En ella se define el trastorno como tal y se ofrecen recomendaciones generales para tratar en el aula con niños y adolescentes afectados por el TDAH.

Resulta llamativo que, tras estas recomendaciones, aparezcan tres apartados más:

- Déficit de Atención: Recomendaciones para tratar en el aula con los niños y niñas de Educación Primaria.
- Hiperactividad: Recomendaciones para tratar en el aula con los niños y niñas de Educación Primaria.
- Déficit de Atención e Hiperactividad: Recomendaciones para tratar en el aula con adolescentes de Educación Secundaria Obligatoria.

Esta división se realiza con la intención de abarcar las mayores situaciones posibles, haciendo recomendaciones que sean válidas en muchos de los casos que los docentes habrán de encontrarse en la realidad educativa de sus aulas.

4.2.17 Comunidad Valenciana

Según la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad se anunció en 2014 que se realizaría un Protocolo de actuación ante casos de alumnos susceptibles de padecer este trastorno y que será aplicado para identificar y responder a las necesidades de estos escolares.

A la fecha de la realización de este trabajo de investigación aún no se había publicado ningún Protocolo ni documento oficial a este respecto en la Comunidad Valenciana.

4.3 PROTOCOLO ANDALUZ DE ATENCIÓN AL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

El 20 de abril de 2012 la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía, y la Dirección General de Participación e Innovación Educativa en su nombre, publica las instrucciones a través de las que se establece el “Protocolo de actuación y coordinación para la detección e intervención educativa con alumnado con problemas o trastornos de conducta y con Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad” (Consejería de Educación, 2012).

La Federación Andaluza (F.A.H.Y.D.A.) ha formado equipo con las asociaciones andaluzas marcando como objetivo principal durante años conseguir este protocolo.

En él se entienden los problemas o trastornos de conducta como patrones de comportamiento que afectan al desarrollo evolutivo del menor, se caracterizan por respuestas conductuales inapropiadas y aparecen de forma persistente.

La importancia de este documento de carácter autonómico es que recoge el protocolo a seguir por fases para el diagnóstico y adecuado tratamiento del TDAH.

Incluye, además, tres niveles para una adecuada coordinación: entorno inmediato, provincia y autonomía. Se marcan de esta forma las pautas de actuación una vez que se aprecia la presencia de conductas concordantes con el trastorno.

Se añade qué pasos debe seguir el Equipo de Orientación Educativa (EOE) y el Equipo de Orientación Educativa Especializado para el correcto diagnóstico y tratamiento del menor.

En la última parte del documento se recoge el diseño de las acciones pertinentes para que se realice un seguimiento de las medidas que han sido adoptadas para el tratamiento.

El protocolo regula las pautas, criterios y procedimientos para todo el territorio andaluz. A continuación exponemos, resumidamente, los puntos básicos del protocolo de esta comunidad ya que nuestra investigación se sitúa en la oferta formativa para profesionales de la educación andaluces.

- Finalidad del protocolo:
 - o Detección del TDAH
 - o Intervención educativa, bien sea ordinaria o especializada
 - o Derivación a otros servicios pertinentes desde la Consejería de Educación, como pueden ser la Consejería de Salud o los Servicios Sociales Comunitarios.
 - o Que entre la Consejería de Educación y la de Salud o los Servicios Comunitarios exista un intercambio de información fluido.
- Destinatarios: Siguiendo este mismo documento encontramos que los destinatarios son los alumnos que se encuentran cursando Educación Obligatoria y tienen TDAH o problemas/trastornos de conducta.
- Detección: Para la detección se establece que cualquier persona que se relacione con el alumno, familiar, tutor u otro docente, percibe conductas disruptivas o agresivas, déficit de atención o de inhibición o aislamiento puede comunicarlo para que se indague en la detección de un posible trastorno de la conducta.
- Intervención Inicial: En un principio el orientador del EOE o del Centro de Secundaria seleccionará las medidas adecuadas para poner en marcha.
- Evaluación psicopedagógica:
 - o Si se aplican las medidas establecidas durante seis meses y no existe mejoría apreciable en los problemas que presentaba en un principio se realizará la evaluación psicopedagógica, siendo imprescindible el consentimiento de la familia.
 - o También ocurrirá esto si, aún sin haber transcurrido seis meses, se observan indicios de Trastornos Graves de Conducta (TGC) o Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

- Una vez se ha realizado la evaluación se creará un “Informe de evaluación psicopedagógica” de cuyos datos se establecerá si es TGC o TDAH. En caso de ser afirmativo se procederá al “Dictamen de escolarización” en el que se propone la respuesta educativa más adecuada.
- Derivación:
 - En la “Explicación detallada del Protocolo TDAH” (F.A.H.Y.D.A., 2012) se manifiesta que la Intervención Educativa puede dar comienzo aunque no se haya confirmado el diagnóstico por la Consejería de Salud, si se comprueba la presencia de conductas que parecen hacer evidente la presencia de TGC o TDAH.
 - Si la familia no da su consentimiento, una vez el orientador ha realizado el “Informe de derivación” se insistirá explicando la pertinencia. Si se diese el caso de que continuase la negativa por parte de la familia la Dirección del Centro debe informar de la circunstancia a los Servicios sociales.
 - La información de la valoración y tratamiento es devuelta desde la Consejería de Salud a través de las familias. Si se diese la situación del no consentimiento estos datos llegarían al EOE o Departamento de Orientación del centro.
- Seguimiento de las medidas:
 - Los Centros Educativos deben diseñar acciones para aplicar las medidas adecuadas, realizar un seguimiento de las mismas y la opción de realizar las modificaciones necesarias.
 - Además los centros tienen la autonomía para desarrollar las estrategias de apoyo y refuerzo reorganizando los grupos y materias para que las medidas y la atención al alumnado con estas necesidades sean las adecuadas.

- El profesorado adaptará las programaciones y actividades y prevalecerá en todo momento la atención del alumno dentro de su propio grupo de iguales. Se establecen las estrategias de apoyo y refuerzo, desarrolladas en estas líneas, y se explican también las actuaciones y medidas de atención a la diversidad y los planes de convivencia.
- Para finalizar, en este documento también se expone la imprescindible participación de la familia y su comunicación y cooperación con el profesorado para el buen desarrollo del proceso educativo, como ya se ha profundizado en apartados anteriores.

SECCIÓN III: INVESTIGACIÓN Y CONCLUSIONES

CAPÍTULO 5:

FUNDAMENTOS DEL DISEÑO Y DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

5.1 Fundamentos y decisiones del diseño de investigación

5.1.1 Introducción

5.1.2 Justificación y finalidad

5.1.3 Objetivos de la investigación

5.1.4 Diseño de la investigación

- Investigación documental

- Análisis de contenidos

5.1.5 Variables implicadas en el estudio

5.1.6 Técnicas e instrumentos de recogida de información

5.2 Desarrollo de la investigación

5.2.1 Universo y muestra

5.2.2 Segmentación de la información

CAPÍTULO 5

FUNDAMENTOS DEL DISEÑO Y DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

La formulación del problema es, a menudo, más importante que su solución, la cual puede ser meramente una cuestión de habilidades matemáticas o experimentales.

Construir nuevas preguntas, nuevas posibilidades, mirar los problemas viejos desde un nuevo ángulo requiere imaginación y establece avances reales en la ciencia. - Albert Einstein

Para que la educación progrese evolucione, y se adapte a la sociedad es necesaria una actitud reflexiva. El investigador educativo debe ser capaz de pensar y analizar lo que nos acontece en la cotidianidad en la búsqueda de la mejora constante y la adaptación a las necesidades que surgen en ella.

El escenario socioeducativo avanza a una velocidad vertiginosa. Investigar en educación es mirar prospectivamente la realidad para mejorarla o transformarla conscientes de que cuando se logre responder con éxito a cualquier problema educativo la realidad se habrá modificado; lo cual hace aún más compleja la tarea investigadora.

5.1. FUNDAMENTOS Y DECISIONES DEL DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

5.1.1. Introducción

La realidad educativa que atañe a los afectados TDAH está adquiriendo cada vez más relevancia en el ámbito escolar y social. Las asociaciones de familiares han conseguido que la legislación española tenga en cuenta este trastorno desde el 2013.

Por ello este estudio adquiere gran relevancia, dado que es primordial que los profesionales de la educación, y de modo más concreto, el profesorado, posean unos conocimientos teóricos y aplicados del trastorno que les permitan abordarlo con profesionalidad en los contextos habituales de sus prácticas.

En cuanto al trabajo de investigación, en la línea de Pérez, Galán y Quintanal (2012), es necesaria una planificación y organización adecuada en las fases de diseño, desarrollo y evaluación.

Desde el comienzo se deben programar y distribuir las acciones a emprender a fin de estructurar las intenciones programáticas y organizar la secuencia temporal más apropiada para la implementación del proyecto o plan de trabajo.

La investigación llevada a cabo se ha dividido en tres etapas o fases:

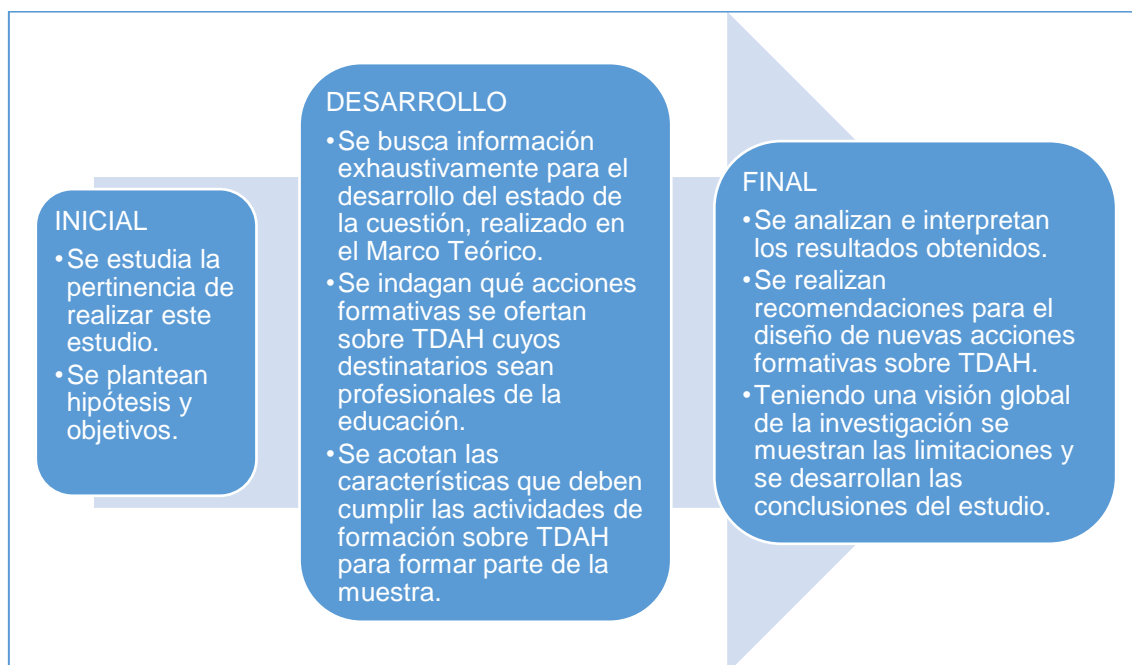


Figura 23. Fases de la investigación. Fuente: Elaboración Propia

5.1.2. Justificación y finalidad

El primer paso en el proceso de investigación es definir el objeto de estudio y precisar la finalidad con la que se realiza el presente trabajo. Entendemos como finalidad aquella necesidad que nos lleva a plantear una investigación, el punto al que pretendemos llegar con el estudio.

En la primera sección de esta Tesis Doctoral, concretamente en el apartado 2.1.3 del Capítulo 2 y en el 3.3 del Capítulo 3, se ha establecido el estado de la cuestión sobre la formación docente respecto al TDAH desde el punto de vista de la sistematización teórica.

Tras haber profundizado y justificado la necesidad existente percibida por los profesionales de la educación de una formación especializada en el abordaje educativo del TDAH, consideramos fundamental vincular la teoría con la realidad (Fernández, Hinojo y Aznar, 2002; Jarque y Tárraga, 2009; Jarque, Tárraga y Casas, 2007; Jarque, Tárraga y Miranda, 2007; Martínez-Frutos, Herrera-Gutiérrez y López-Ortuño, 2014; Soroa, Gorostiaga y Balluerka, 2016).

Son varios los estudios que analizan la relación del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad con las dificultades de aprendizaje (Guzmán y Hernández-Valle, 2005; Miranda-Casas et al., 2007).

Otros tantos sitúan el foco de atención en la forma de ayudar a las familias de afectados con este trastorno (González, Bakker y Rubiales, 2014; Pedraza-Vargas, Perdomo-Carvajal y Hernández-Manrique, 2009; Presentación et al., 2006).

Nuestro estudio de investigación se centra en revisar y analizar la adecuación de la oferta formativa actual para el abordaje educativo con alumnos afectados por TDAH a las necesidades percibidas por los docentes de formarse a este respecto.

Como se ha expuesto en líneas anteriores hay multitud de estudios que demuestran las carencias formativas del profesorado en relación con esta problemática.

En la actualidad parece estar demostrada esta necesidad. Desde el 2013 en España se ha adaptado la legislación, incluyendo en su Ley Orgánica de Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE) el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Estos cambios dan visibilidad al trastorno y favorece su comprensión e interés social.

Teniendo en cuenta esta contextualización hemos acotado nuestro estudio en España, y más concretamente en Andalucía, con el fin de conocer la oferta formativa sobre TDAH

existente para el profesorado que desempeña su profesión en el sistema educativo andaluz.

Hoy en día la formación puede ser recibida a través de diversas modalidades. En nuestro estudio hemos atendido las modalidades: presencial, a distancia, semipresencial y online.

A continuación, se describen las principales características de cada una de ellas.

	Presencial	A distancia	Semipresencial	Online
Organización temporal	Horario establecido.	Horario flexible.	Ciertas tareas con horario flexible.	Horario flexible.
Supervisión docente	Supervisión docente constante y el profesorado marca el ritmo.	Feedback docente diferido. Ritmo de aprendizaje marcado por el alumno.	Relativa supervisión docente. Ritmo de aprendizaje marcado por el alumno con sesiones de control docente.	Supervisión docente a través de la red, feedback virtual.
Tipología de aprendizaje	Aprendizaje guiado.	Aprendizaje autónomo.	Aprendizaje autónomo con momentos guiados.	Aprendizaje autónomo.
Gestión de espacio y tiempo	Mismo tiempo y espacio.	Tiempo y espacio diferente.	Combina momentos de encuentro con los de espacio y tiempo diferentes.	Espacio diferente y tiempo flexible, pudiendo coincidir en sesiones virtuales.

Tabla 11. Características de las modalidades atendidas en nuestro estudio. Fuente: Elaboración Propia

La modalidad presencial es históricamente la que ha sido más común encontrar en la gran mayoría de las instituciones educativas. El proceso de enseñanza-aprendizaje se da en tiempo real entre el alumnado y el docente.

En España la Educación Obligatoria se lleva a cabo en esta modalidad. El resto de etapas formativas (Grados Superiores, Estudios Universitarios, Postgrados y demás tipos de formaciones) suelen llevarse a cabo en más de una modalidades, dependiendo de qué organismo la imparta y del público al que sea destinado.

Cursar una formación a distancia implica una gran flexibilidad y autonomía para el estudiante, ya que está caracterizada por ser una modalidad de aprendizaje independiente en la que el material está en todo momento disponible para el alumno.

Se caracteriza también por la autonomía que ofrece, ya que debe ser el propio estudiante quien organice en tiempo y forma su estudio y dedicación.

No hay control por parte de la institución organizadora, por tanto para que esta modalidad tenga éxito el alumnado debe poseer un alto grado de responsabilidad e interés por el objeto de aprendizaje.

En la modalidad semipresencial se combinan tareas virtuales con presenciales para desarrollar la acción educativa. Las fases prácticas suelen ser las realizadas de forma virtual, permitiendo así que el alumno no esté presente y que desarrolle en cierto modo su autonomía de trabajo.

Desde que Internet ha llegado a nuestros hogares la modalidad online se ha desarrollado a gran velocidad. En ella todo el proceso de enseñanza-aprendizaje se realiza a través de herramientas virtuales y recursos digitales.

Para que esto sea factible las entidades que ofrecen este tipo de formación deben contar con un campus online o plataforma donde el alumno tendrá a su disposición durante las 24 horas todo el material necesario.

Resulta relativamente fácil encontrar las diferencias entre las modalidades, teniendo en cuenta las características básicas que se han mostrado en la Tabla 8.

Aun así entendemos que pueda existir cierta confusión entre las modalidades a distancia y la online por lo similar de algunas de sus particularidades.

Para aclarar cualquier posible duda al respecto se ha considerado conveniente incidir en las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas, dejando así patente las diferencias entre ambas.

En las siguientes figuras se muestran, como hemos comentado, lo positivo y negativo de cada una de las modalidades. Se pretende de esta forma aclarar cualquier tipo de

duda que pueda confundir al lector cuando utilicemos un término u otro durante el estudio de investigación.

Modalidad a distancia:

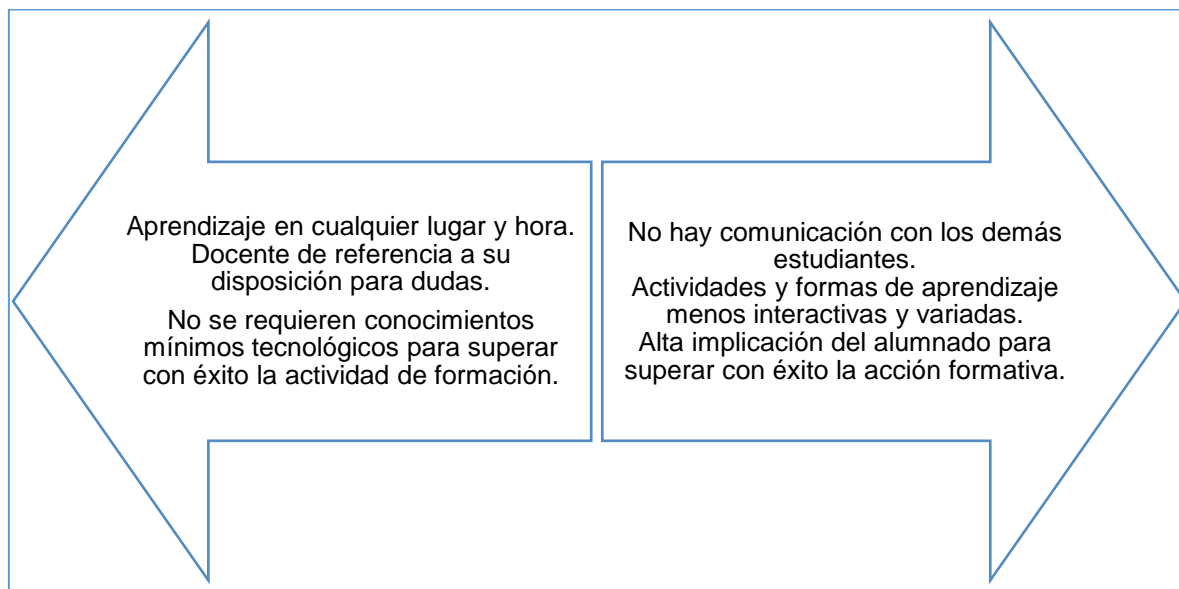


Figura 24. Ventajas e inconvenientes de la modalidad a distancia. Fuente: Elaboración Propia.

Modalidad online:

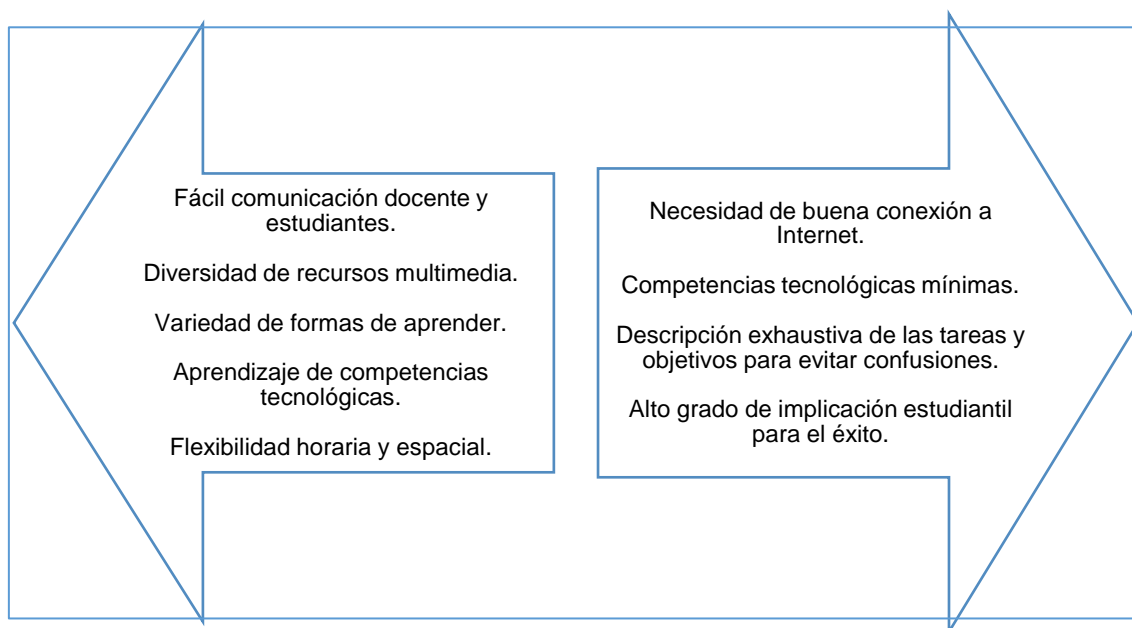


Figura 25. Ventajas e inconvenientes de la modalidad online. Fuente: Elaboración Propia.

Hemos acotado espacialmente la muestra para nuestra investigación incluyendo las acciones formativas de modalidad presencial que son impartidas en la comunidad autónoma de Andalucía. Para las modalidades semipresencial, a distancia y online hemos ampliado la búsqueda abarcando todo el territorio español.

Consideramos, por razones evidentes, que los docentes asistirán con mayor facilidad a las formaciones impartidas físicamente en la misma comunidad; en nuestro estudio: Andalucía.

Por tanto la modalidad presencial parece compatible en tiempo y distancia, por ello es tenida en cuenta. Para las actividades formativas ofrecidas mediante la modalidad online hemos ampliado a toda España, al considerar que teniendo una conexión a Internet se puede realizar con éxito sin dificultad.

También entendemos como factible que se realicen actividades formativas de la modalidad a distancia, ya que se realizaría mediante el material enviado. Entre las modalidades susceptibles de ser seleccionadas por los profesionales de la educación andaluces hemos incluido también la formación semipresencial.

Es cierto que el desplazamiento, dependiendo del curso al que nos refiramos, podría ser de una cantidad elevada de kilómetros. Finalmente hemos decidido añadirla como opción a nivel nacional ya que, al ser los desplazamientos puntuales (sólo para las sesiones presenciales), sí podrían asistir a las sesiones presenciales.

5.1.3. Objetivos de la investigación

La primera acción a emprender al iniciar una investigación es plantear qué se pretende conseguir con ella. Para ello definimos los objetivos en relación con la meta que buscamos alcanzar.

Toda investigación debe establecer como guía un objetivo de partida claro, concreto y observable que oriente el proceso a seguir. Los objetivos señalan lo que se aspira en la investigación y por ello deben ser expresados con claridad, considerándose las guías del estudio (Hernández, Fernández y Baptista; 2010).

En apartados anteriores hemos definido que el objetivo de nuestra investigación es describir la oferta formativa en TDAH para profesionales de la educación existente en la actualidad.

En la línea de Rojas (2010) los objetivos de la investigación deben poseer tres elementos fundamentales: el qué, el cómo y el para qué.

Estas tres cuestiones quedarían resueltas en nuestro trabajo de la siguiente forma:

- Se analiza la oferta formativa sobre TDAH para profesionales andaluces de la educación.
- Mediante una búsqueda exhaustiva de todas las acciones formativas accesibles para los mismos.
- Para analizar el número de actividades de formación respecto a esta temática, las características de las mismas y dar a conocer cuáles son a los posibles interesados en ellas.

Nuestro principal objetivo al analizar la oferta formativa es conocer de qué actividades formativas disponen los futuros docentes y el profesorado en activo para profundizar en el TDAH.

Para llegar a él nos planteamos tres objetivos específicos que detallan en qué nos centraremos al estudiar la formación existente:

- Describir el número de acciones formativas disponibles para los profesionales de la educación en Andalucía.
- Analizar la variedad de dichas formaciones aludiendo a contenido, duración, metodología y otros aspectos relevantes para el estudio.
- Identificar cómo de especializada es esta oferta formativa.

Cuando se detecta el trastorno, los afectados suelen ser de edad escolar, por lo que son los docentes y profesionales de la educación los encargados de trabajar con ellos durante muchas horas cada día, guiando el aprendizaje de los escolares, promoviendo valores y favoreciendo una relación positiva con los iguales.

Habitualmente el grupo-clase está compuesto entre 20 y 30 alumnos, lo que hace del acompañamiento individualizado al niño TDAH una tarea prácticamente imposible en la realidad.

A esta dificultad debemos añadirle la carencia formativa sobre el trastorno en sí y de las estrategias educativas a implementar, lo que llega a crear en el docente inseguridades,

ansiedad y una percepción negativa de autoeficacia (Soroa, Gorostiaga y Balluerka, 2016).

El planteamiento del que surge la realización de esta investigación es conocer qué respuesta formativa que existe para los profesionales de la educación en la actualidad ante los numerosos diagnósticos de este trastorno que encontramos en la realidad escolar.

Como venimos desarrollando, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad se ha convertido en una afección de la que cada vez más niños y niñas son diagnosticados.

Los datos ofrecidos por la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH) son los que exponemos a continuación:

- Es una patología psiquiátrica que es padecida por entre el 2 y el 5% de la población infantil.
- Cerca del 50% de la población clínica en la Psiquiatría Infanto-Juvenil es referida a este trastorno.
- Tiene tendencia a ser diagnosticado y tratado de forma insuficiente.
- Es un trastorno crónico que se empieza a detectar antes de los 7 años.
- Más del 80% de los afectados seguirá presentando características del TDAH durante la adolescencia y entre el 30 y el 65% de la población continuará con el trastorno en la adultez.
- Aunque existen multitud de diagnósticos se estima que sólo entre el 3 y 7% de los que se cree que padecen el trastorno reciben tratamiento.

Además de los datos sobre diagnósticos, la LOMCE tiene en cuenta desde 2013 la atención al TDAH y los docentes han expresado la necesidad de recibir formación a este respecto, como hemos explicado en apartados anteriores.

Esto nos lleva a plantearnos la necesidad de conocer cuál es la respuesta formativa para los profesionales de la educación en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

5.1.4. Diseño de la investigación

El diseño tiene como finalidad explicitar el problema de investigación planteado, el marco conceptual y la metodología que será utilizada en la obtención de datos para el posterior análisis.

Entendemos, siguiendo a McMillan y Shumacher (2005, p.131) que:

El diseño de investigación se refiere a un plan para la selección de sujetos, de escenarios de investigación y de procedimientos de recogida de datos que respondan a las preguntas de la investigación. El diseño expone qué individuos serán estudiados, cuándo, dónde y bajo qué circunstancias.

En la línea de Pérez, Galán y Quintanal (2012), el diseño de este trabajo es la estrategia escogida para resolver el problema planteado y para que nos permita validar, o no, las hipótesis formuladas.

El diseño de esta investigación educativa se ha desarrollado en dos fases de estudio; inicialmente se ha realizado la investigación documental y en un segundo momento se ha procedido al análisis de contenidos, que desarrollamos en los apartados a continuación.

- Investigación documental

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva sobre la información existente en la actualidad sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Además se ha indagado en las posibles investigaciones y estudios que trataran sobre la necesidad de formación docente respecto a esta temática.

En la línea de Hernández, Fernández y Baptista (2010) debemos extraer y recopilar toda la información que sea relevante para nuestra investigación. Toda investigación necesita de un marco de referencia en el que contextualizar e interpretar los resultados del estudio.

Es importante acudir a los antecedentes para demostrar cómo se ha tratado un problema. Para ello se tendrá en cuenta:

- dónde se han realizado estudios
- qué tipo de estudios han sido realizados y demás datos que nos harán conocer el estado del arte de la cuestión.

Teniendo en cuenta el contexto actual de investigación, la gestión adecuada del conocimiento se convierte en algo esencial para la correcta actualización en cualquier temática. Para ello es necesario acudir a buscadores de información fiables.

El primer paso consiste en identificar de forma clara la pregunta que guiará nuestra búsqueda, a partir de ella se desarrollarán la selección de las palabras claves.

El éxito en las búsquedas realizadas en las bases de datos depende en cierta medida de que las palabras claves y los descriptores seleccionados sean los adecuados. Para ello desde un primer momento es importante identificar cuáles son los que definen mejor la problemática.

Siguiendo a Hernández, Fernández y Baptista (2010, p.55) para elegir las palabras clave:

se recomienda: escribir un título preliminar del estudio y seleccionar las dos o tres palabras que capten la idea central, extraer los términos del planteamiento o utilizar los que los autores más destacados en el campo de nuestro estudio suelen emplear en sus planteamientos e hipótesis.

Una vez seleccionados es aconsejable el uso de sinónimos, para abarcar el mayor número de estudios relacionados posible.

También es común realizar la traducción de las palabras claves a otros idiomas, en especial a inglés, facilitando de esta forma una búsqueda más exhaustiva y que comprenda un mayor número de documentos de posible interés.

En el presente estudio las palabras claves (keywords) que han enmarcado nuestra búsqueda fundamentalmente han sido las que aparecen en la tabla.

En primer lugar mostramos las palabras en español y a continuación su homónimo en inglés:

Español	English
Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
TDAH	ADHD
Déficit Atención	Attention Deficit Disorder
Formación inicial docente	Initial teacher training
Formación permanente	Teachers training

Tabla 12. Palabras clave y keywords utilizadas para la búsqueda en nuestra investigación. Fuente: Elaboración Propia.

Además de éstas, según la información específica que buscásemos, hemos utilizado también términos como:

Español	English
Etiología	Etiology
Estudios e investigaciones	Studies and research
Historia	History
Neurología	Neurology
Tratamiento	Treatment

Comorbilidad	Comorbidity
Modelos explicativos	Explanatory models
Familia	Family
Legislación	Legislation
Actividades docentes	Teaching activities

Tabla 13. Palabras clave y keywords de información específica utilizadas para la búsqueda en nuestra investigación. Fuente: Elaboración Propia.

Esta terminología específica, entre otras, nos ha facilitado el hallazgo de las investigaciones más relevantes que conforman el apartado teórico de nuestro estudio.

En la investigación documental las revisiones sistemáticas se realizan siendo las unidades de análisis los estudios primarios originales, con los que se pretende contestar a la pregunta de investigación formulada.

En caso de no seguir el proceso sistemático, las llamadas revisiones narrativas, seguirían un formato de literatura científica que, siguiendo a Ferreira, Urrútia y Alonso (2011) se basa principalmente en la opinión.

En este primer momento de la investigación encontramos las investigaciones y estudios necesarios para realizar en primer lugar el marco teórico del origen histórico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Profundizamos en las investigaciones de mayor relevancia realizadas y en las perspectivas de estudio que han guiado dichas investigaciones.

Nuestro estudio se contextualiza en la formación ofrecida a los profesionales de la educación andaluces por lo que nos hemos centrado en la situación española.

Se han tenido en cuenta el tejido asociativo iniciado por los agentes implicados con los afectados TDAH, tales como la constitución de asociaciones, la creación de webs y blogs de divulgación informativa, las peticiones al gobierno de cambios legislativos y demás acciones llevadas a cabo por las familias.

Entre los hallazgos encontrados hay investigaciones en las que se manifiesta la preocupación docente y las necesidades detectadas en cuanto a la formación del profesorado en este trastorno, por lo que hemos considerado relevante dedicar un apartado para dar a conocer cuáles son.

Una vez conocidas las inquietudes de los profesionales de la educación hemos profundizado en la legislación relacionada con el TDAH y los protocolos de actuación coordinada en España, que nos ayudan a conocer la realidad en la que nos encontramos a nivel administrativo.

Por último hemos realizado una búsqueda exhaustiva de todas las acciones formativas sobre TDAH a las que los docentes andaluces pueden tener acceso. Para ello hemos visitado las páginas web de cada una de las universidades españolas, tanto públicas como privadas, y también las de todos los organismos y entidades que ofrecen estas actividades formativas.

En la búsqueda de información más rigurosa y detallada, además, realizamos un cuestionario (Anexo 4) y enviamos los correos electrónicos pertinentes a todos los organizadores de las acciones formativas que conformaban nuestra muestra. Finalmente, y debido a la escasa respuesta obtenida, no hemos podido utilizar este cuestionario como parte relevante en la aportación de información.

- *Análisis de contenidos*

En esta segunda fase hemos organizado y analizado los hallazgos de la fase anterior que hacen referencia a la oferta formativa existente para los profesionales de la educación en Andalucía.

En la actualidad el análisis de contenidos puede considerarse una forma particular de analizar los documentos. No se analiza el estilo del texto sino las ideas, palabras y temáticas expresadas. Según Bardin (1991), con el análisis de contenido aplicamos una serie de instrumentos metodológicos en busca del rigor que ofrece la objetividad y el beneficio de la subjetividad.

En un principio el análisis de contenidos era utilizado para la investigación en comunicación, pero hoy en día encontramos que es una metodología que se ha abierto hacia otros campos de investigación.

Para Krippendorff (1990) con el análisis de contenidos se parte de ciertos datos para formular inferencias que puedan aplicarse a un contexto. Por tanto todo análisis de contenidos debe realizarse teniendo en cuenta el contexto de los datos.

Toda investigación que utilice el análisis de contenidos debe distinguir los siguientes pasos en su proceso:

- Establecer el objeto de análisis
- Establecer las reglas de codificación
- Determinar cuál será el sistema de categorías a utilizar
- Comprobar que la fiabilidad del sistema de categorización es la adecuada
- Realizar inferencias

Nuestro objeto de estudio ya ha quedado reflejado en apartados anteriores. Nos parece esencial tener claro desde un primer momento cuál es la meta que guía nuestra investigación, aunque posteriormente pueda ser modificado para adaptarse a la dirección en la que se pretende investigar.

Del objeto de estudio partirán las preguntas de investigación y las hipótesis sobre las que trabajar, por ello su relevancia en tenerlo presente desde el principio del proceso de investigación.

El sistema de codificación transforma los datos del texto para que puedan ser estudiados. En la línea de Bardin (1996), entendemos que las reglas para determinar la codificación son:

- Presencia: que aparezcan o no los elementos de un texto puede ser relevante. En nuestro estudio la presencia o ausencia de ciertos contenidos determinará el grado de profundidad que la acción formativa ofrece, por ejemplo.
- Frecuencia: la importancia de la repetición de una unidad que pretendemos medir. El tipo de contenido que más se repita en las actividades formativas analizadas es una de las frecuencias a analizar en nuestra investigación.
- Frecuencia ponderada: hace referencia a ciertos elementos cuya repetición tiene especial interés para el análisis.

- Intensidad: este criterio es especialmente relevante cuando se analiza el discurso, ya que pone el foco en los tiempos verbales, adverbios y demás palabras para valorar el grado de intensidad que infiere al contenido al que se refiere.
- Dirección: el sistema de codificación debe reflejar la bidireccionalidad del texto que analiza, pudiendo ser de carácter positivo o negativo, por ejemplo.
- Orden: se establece según el criterio con el que queramos codificar, puede ser la aparición en el tiempo, la importancia, las funciones que cumplan o cualquier criterio del que podamos derivar un orden.
- Contingencia: con este término aludimos a la presencia simultánea de varias unidades de registro en diferentes codificaciones. En nuestra investigación esto ocurrirá, entre otros, con las acciones formativas en el criterio de modalidad y contenido.

Determinar el sistema de categorías implica conocer lo que cada unidad de análisis tiene en común con las demás. A partir de esto podemos analizar las diferencias, pero la base para la construcción de las categorías deben ser los puntos comunes.

Según Olabuénaga (2012) la categorización debe seguir unas reglas básicas:

- Cada serie de categorías debe ser exhaustiva.
- Deben ser excluyentes mutuamente, cada dato sólo puede ser incluido en una categoría.
- Tienen que ser categorías significativas, para que realmente sean útiles en el análisis.
- Es importante la claridad, evitando la ambigüedad y posible confusión.
- Deben ser replicables, es decir, que otro investigador pueda realizar el análisis contando con los mismos datos.
- Las categorías se diferencian según el nivel de análisis posterior, pudiendo ser nominales u ordinales. Las nominales tienen como finalidad clasificar y las ordinales clasifican pero siguiendo un orden determinado.

La fiabilidad del sistema de categorización implica ofrecer la seguridad de que los datos obtenidos serán permanentes durante el proceso del análisis.

Para Krippendorf (1990), la fiabilidad implica que, al menos, dos codificadores deben describir independientemente un conjunto amplio de unidades de análisis.

El último paso del análisis de contenido es la inferencia. Inferir es deducir lo que hay en un texto, explicarlo para tener en cuenta en el análisis los contenidos del texto, sean explícitos o implícitos.

Para realizar el análisis de contenidos hemos utilizado el programa NVivo en su versión número 11. Siguiendo a Atchison (2014) este es, además de un programa de análisis de datos cualitativos, un recurso para: planificar, revisar la literatura y diseñar la investigación que permite analizar los datos y realizar el informe posterior de los resultados.

Se ha seleccionado este programa por la facilidad al intercambiar información con información que esté en formatos utilizados en nuestro estudio como pueden ser PDF, Word, datos web, tablas de diferentes bases de datos y Excel.

Para expresar las ventajas que nos han hecho decidimos para el uso de NVivo 11 tomamos como referencia un estudio en el que se trabajaba con la versión 9 de este mismo programa informático, donde se describe el importante apoyo para el desarrollo de la investigación.

En palabras de Valdemoros San Emeterio, Ponce de León Elizondo y Sanz Arazuri (2011, p. 26):

dato que en una investigación cualitativa suelen presentarse avances, retrocesos, dudas, innovaciones y transformaciones, se destaca como una de las principales bondades del NVIVO 9 su flexibilidad para establecer y reformular sus sistemas, lo que posibilita el trabajo creativo en el establecimiento de la categorización mediante modo deductivo o inductivo, permitiendo un número ilimitado de categorías y facilitando la nominación, definición y codificación numérica de cada una de ellas.

Al haber trabajado con una versión posterior las características descritas en las líneas anteriores se han mejorado, facilitando aún más el trabajo investigador.

5.1.5. Variables implicadas en el estudio

Identificar y definir las variables es una de las tareas de mayor importancia en las investigaciones que trabajan con ellas. Esto conlleva la organización de la información

que posteriormente será analizada y condiciona el tipo de relación que se establece entre las diferentes variables y por tanto también los resultados del análisis.

El concepto de variable es aplicable tanto a personas como a objetos, fenómenos, hechos y seres vivos. Es la relación de unas variables con otras lo que hace que adquieran valor para la investigación científica, formando así parte de una hipótesis (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Las variables son modificables según el objeto de estudio, pudiendo adoptar distintos valores y debiendo ser medible u observable (Bisquerra, 2004). Para poder trabajar con los datos debemos definirlos como variables.

En esta investigación hemos recopilado las actividades formativas destinadas a los profesionales de la educación, las cuales conforman nuestra muestra.

Las condiciones que han delimitado la selección de la muestra han sido:

- Formación ofertada entre 2012 y 2016: por ser en noviembre de 2013 cuando se incluye en la LOMCE el TDAH y procurando que fuese lo más actual posible.
- Que sea impartida, como se ha comentado en líneas superiores, de forma presencial en la Comunidad Autónoma andaluza y ampliando al resto de España si es impartida de forma semipresencial, online o a distancia.
- Que los profesionales de la educación sean posibles alumnos de dichas formaciones, en caso de estar definidos los destinatarios.

Una vez se ha recopilado la información, y teniendo presentes las características de los hallazgos, se han definido las siguientes variables para guiar el análisis de contenido:

- Modalidad: presencial, semipresencial, online y/o a distancia.
- Duración: teniendo presente en esta variable las formaciones medidas en horas y/o en créditos ECTS (European Credit Transfer System).
- Homologación de la certificación expedida: se tendrá en cuenta el organismo que expide la certificación tras haber concluido de forma exitosa la formación.
- Contenidos: con esta variable pretendemos valorar el nivel de especialización del contenido ofrecido en cada una de las formaciones.
- Tipo de formación: pudiendo oscilar entre formación reglada o no reglada.

5.1.6. Técnicas e instrumentos de recogida de información

Tras definir el diseño de investigación debemos seleccionar qué técnicas e instrumentos son las más convenientes para recoger la información.

Para responder a las preguntas formuladas y alcanzar los objetivos propuestos ha sido necesaria una amplia recogida de información.

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva en Internet de todas las formaciones a las que los profesionales andaluces de la educación pueden acceder, teniendo en cuenta en todo momento las condiciones delimitadoras de la muestra.

Tras ordenar los hallazgos nos percatamos de la falta de cierta información de algunas actividades formativas que nos parecían relevantes para el análisis. Para paliar esta carencia se realizó un cuestionario que fue enviado por correo electrónico a las entidades a las que pertenecían las formaciones en cuestión.

Una vez recopilamos toda la información necesaria para analizar nuestra muestra se realizaron archivos de cada formación en los que se incluía de forma ordenada los mismos datos para su posterior análisis.

Para analizar los resultados se ha organizado la información con el programa de corte cualitativo NVivo11, como se ha explicado en líneas anteriores.

5.2. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

5.2.1. Universo y muestra

Para realizar nuestra investigación delimitamos en un primer momento que el objeto de estudio fuese la descripción y posterior análisis de la oferta formativa en TDAH que tienen a su alcance los profesionales de la educación andaluces.

Como referente geográfico se ha tomado la comunidad andaluza en cuanto a formaciones presenciales se refiere y se ha abierto al estado español si la metodología de dichas acciones es semipresencial, online o a distancia.

Las actividades formativas analizadas provienen de formación reglada y no reglada, incluyendo de este modo tanto universidades como centro de profesores y entidades y organizaciones de cualquier carácter que oferten este tipo de actividades de formación.

El horizonte temporal con el que hemos acotado nuestro estudio incluye desde el curso 2012-13 hasta el 2015-16. La fecha que motiva la selección de este rango de años es noviembre de 2013.

Se ha decidido tomar como punto de inflexión este momento ya que es cuando aparece por primera vez el término Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en una ley educativa española, la Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE).

Es esencial que en todas las acciones formativas seleccionadas como objeto de estudio los destinatarios de la formación vayan dirigidas a los profesionales de la educación y, en caso de la modalidad presencial que dicha oferta se desarrollara en Andalucía.

La duración de la actividad formativa, así como el tipo de acreditación y titulación expedida, serán tenidas en cuenta para el análisis, pero no comportará un motivo de inclusión o exclusión en nuestra muestra.

En la tabla que aparece a continuación mostramos el universo de formaciones que componen nuestro estudio.

En primer lugar observamos las formaciones regladas y más adelante las que se engloban en la formación no reglada, siendo la oferta de este segundo grupo visiblemente más numerosa.

La oferta de Formación Reglada se compone de 12 acciones formativas, mientras que la No Reglada está conformada por 55 actividades de formación.

Nuestra muestra se compone, por tanto, de un total de 67 acciones formativas a las que pueden acceder los profesionales de la educación en Andalucía para desarrollar su conocimiento en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

En la tabla hemos incluido los tres datos esenciales de cada una de las formaciones:

- INSTITUCIÓN que organiza
- DENOMINACIÓN de la actividad a analizar
- HORAS/CRÉDITOS ECTS que dura la actividad

Los objetivos y los contenidos que conocemos de cada formación serán susceptibles de análisis, ya que caracterizan y definen a cada una de las actividades, pero se ha prescindido de su desarrollo en la siguiente tabla por la extensión que conllevaría. Sí serán usados para el análisis y estarán para su consulta en el anexo7.

Nuestra muestra está compuesta por un total de 67 acciones formativas. Para ordenar la muestra hemos creado una primera clasificación entre “reglada” y “no reglada”, quedando la totalidad de las formaciones divididas de la siguiente forma:

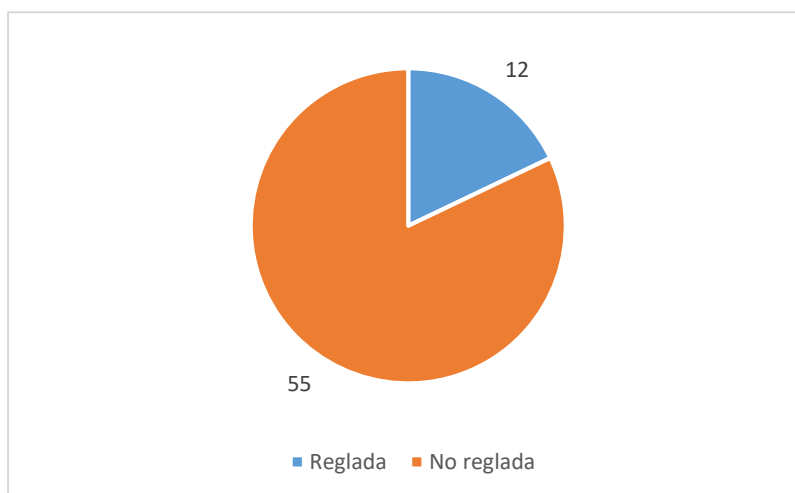


Gráfico 2. Acciones formativas que componen la muestra de nuestro estudio de investigación. Fuente: Elaboración Propia.

En las tablas que se muestran a continuación se pueden observar la oferta formativa que ha conformado nuestro estudio de investigación.

Comenzaremos con la muestra seleccionada de aquellas acciones formativas de carácter reglado.

Estas actividades han sido seleccionadas tras una búsqueda exhaustiva en la que se ha indagado en las formaciones ofertadas por las universidades andaluzas con modalidad presencial, semipresencial, a distancia y online; universidades estatales cuyos estudios se cursan de forma semipresencial, online y a distancia y centro de profesores andaluces. Finalmente la muestra perteneciente a este grupo se compone, como se ha comentado en líneas anteriores, por 12 acciones formativas.

FORMACIÓN REGLADA				
	INSTITUCIÓN	DENOMINACIÓN	MODALIDAD	HORAS/ECTS
1	UNIV. ALMERÍA	Máster Educación Especial	Presencial	60 ECTS
2	UNIV. ALMERÍA	Máster Intervención en Convivencia Escolar	Presencial	60 ECTS
3	FORMACIÓN CONTINUA UNIV. ALMERÍA	Máster Propio Dificultades y Trastornos del Aprendizaje en el Ámbito Escolar	Online	80 ECTS
4	UNIV. SEVILLA	Máster Univ. Necesidades Educativas Especiales y Atención a la Diversidad en la escuela	Presencial	60 ECTS
5	UNIV. SEVILLA	Máster Univ. Psicología de la Educación. Avances en intervención psicoeducativa y necesidades educativas especiales	Presencial	60 ECTS
6	UNIV. SEVILLA	Máster Psicopedagogía	Presencial	60 ECTS
7	UNIA – UNIV. INTERNAC. ANDALUCÍA	Curso Experto Evaluación e Intervención en Trastorno Déficit Atención e Hiperactividad	Presencial y Online	30 ECTS
8	UNIA – UNIV. INTERNAC. ANDALUCÍA	Aula de la Experiencia: Taller “La salud mental: entendiendo problemas psicológicos de la cotidiana”	Presencial	20 horas

9	UNED – UNIV. NACIONAL ED. A DISTANCIA	El trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Aspectos psicológicos, sociales y funcionales I	Presencial y online	10 horas
10	UNED – UNIV. NACIONAL ED. A DISTANCIA	Diploma Experto Univ. en Trastornos Psicológicos en niños y adolescentes	A distancia	625 horas
11	UNED – UNIV. NACIONAL ED. A DISTANCIA	El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Aspectos psicológicos, sociales y funcionales II	A distancia	
12	SÉNECA	Formación del profesorado para la atención a alumnado con TDAH	Presencial y online	20 horas

Tabla 14. Acciones formativas, pertenecientes a la Formación Reglada, que componen la muestra de nuestro estudio de investigación. Fuente: Elaboración Propia.

En la Tabla 12 podemos observar la muestra perteneciente a las formaciones ofertadas de carácter No Reglado.

Para ello se ha realizado una indagación en las asociaciones, empresas de formación, entidades sin ánimo de lucro y cualquier centro que ofertase actividades formativas relativas al TDAH.

Esta exploración se ha ampliado a toda España, siendo condición imprescindible que en ese caso las acciones fuesen de modalidad online o a distancia.

Tras la búsqueda son 55 las diferentes formaciones que componen la muestra de acciones formativas no regladas.

FORMACIÓN NO REGLADA				
	INSTITUCIÓN	DENOMINACIÓN	MODALIDAD	HORAS/ECTS
1	FUNDACIÓN CADAH	Curso Experto TDAH: Propuesta Integral	Online	75 horas

	FUNDACIÓN CADAH	Curso TDAH y Familia	Online	25 horas
3	FUNDACIÓN CADAH	Curso TDAH: Evaluación, diagnóstico diferencial y protocolos de intervención	Online	35 horas
4	FUNDACIÓN CADAH	Curso TDAH: Respuesta educativa al adolescente TDAH	Online	35 horas
5	FUNDACIÓN CADAH	Curso TDAH: Detección e intervención en adolescentes	Online	40 horas
6	FUNDACIÓN CADAH	Curso TDAH: Respuesta educativa al alumno	Online	15 horas
7	FUNDACIÓN CADAH	Curso TDAH en el aula	Online	30 horas
8	FUNDACIÓN ADANA	Experto TDAH: Trastornos de aprendizaje y conducta	Online	20 ECTS
9	FUNDACIÓN ADANA	Curso intervención dificultades aprendizaje	A distancia	20 horas
10	FUNDACIÓN ADANA	Curso evaluación, diagnóstico e intervención TDAH	A distancia	20 horas
11	FUNDACIÓN ADANA	Curso reeducaciones psicopedagógicas	A distancia	20 horas
12	FUNDACIÓN MAPFRE	Título Especialización TDAH	Online	100 horas
13	FUNDACIÓN ALBOR-COHS y FUNDACIÓN CALVIDA	Máster en Dificultades de aprendizaje y problemas de conducta	Online	300 horas
14	FUND. ALBOR-COHS y FUNDACIÓN CALVIDA	Curso Superior Especialización en Trastornos por Déficit de Atención (TDA/TDAH)	A distancia	350 horas
15	FUND. ALBOR-COHS y FUNDACIÓN CALVIDA	Curso Superior Especialización problemas de conducta en la Infancia y Adolescencia	A distancia o semipresencial	
16	FUND. ALBOR-COHS y FUNDACIÓN CALVIDA	Curso Actualización Trastornos por Déficit de Atención para Docentes	A distancia	40 horas

17	INSTITUTO ALTOS ESTUDIOS ESPECIALIZADOS SERCA	Máster Trastorno Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)	Online	60 ECTS 1500 horas
18	INST. ALTOS EST. ESPECIALIZADOS SERCA	Doble Máster Atención temprana y TDAH	Online	120 ECTS 3000 horas
19	INST. ALTOS EST. ESPECIALIZADOS SERCA	Doble Máster Trastorno del Espectro Autista y TDAH	Online	120 ECTS 3000 horas
20	INST. ALTOS EST. ESPECIALIZADOS SERCA	Doble Máster Psicología Infanto-Juvenil y TDAH	Online	120 ECTS 3000 horas
21	INST. ALTOS EST. ESPECIALIZADOS SERCA	Doble Máster Intervención Psicopedagógica y TDAH	Online	120 ECTS 3000 horas
22	INST. ALTOS EST. ESPECIALIZADOS SERCA	Experto Universitario en TDAH	Online	20 ECTS 500 horas
23	ICA FORMACIÓN	Hiperactividad y Déficit de Atención. Intervención Pedagógica	A distancia	110 horas
24	INSTITUTO SUPERIOR ALBORÁN PSICOLOGÍA	Curso TDAH y comportamiento perturbador	Online y a distancia	110 horas
25	FUNDACIÓN ICSE	Dificultades de aprendizaje y habilidades sociales en el medio escolar	Online y a distancia	70 horas
26	FUNDACIÓN ICSE	Trastorno por Déficit De Atención e Hiperactividad (TDAH)	Online y a distancia	100 horas
27	FUNDACIÓN ICSE	Experto TDAH y comportamiento	Online	350 horas
28	FONODIL MP	Hiperactividad, alteraciones y comportamiento	Online	50 horas

29	AFEDES	Curso Trastornos Infantiles: Autismo y TDAH	Online	20 horas
30	BRAIN EMOTION FORMACIÓN	Experto en Hiperactivos en Centros Educativos	Online y a distancia	6 ECTS 150 horas
31	EUROINNOVA FORMACIÓN	Máster Europeo TDAH	Online	710 horas
32	EUROINNOVA FORMACIÓN	Especialista en Psicología: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)	Online	200 horas
33	EUROINNOVA FORMACIÓN	Especialista en Psicología: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) Doble titulación + 4ECTS	Online	4 ECTS 310 horas
34	EUROINNOVA FORMACIÓN	Postgrado Experto en TDAH, Trastornos del aprendizaje y de la conducta (Titulación Múltiple – Titulación Homologada y Baremable + 12 ECTS	Online	12 ECTS 660 horas
35	EUROINNOVA FORMACIÓN	Postgrado Experto en Atención a niños con Hiperactividad (TDAH) para Maestros de Pedagogía Terapéutica (Curso Homologado y Baremable en Oposiciones de Magisterio de Pedagogía Terapéutica + 4 ECTS)	Online	4 ECTS 210 horas
36	EUROINNOVA FORMACIÓN	Curso Universitario de Atención Psicoeducativa para niños con Hiperactividad (TDHA) (Curso Homologado y Baremable en Oposiciones de la Administración Pública + 4 ECTS)	Online	4 ECTS 110 horas
37	EUROINNOVA FORMACIÓN	Experto Profesional en Psicología de la Atención Psicoeducativa para niños con Hiperactividad (TDHA) (Doble Titulación + 4 ECTS)	Online	4 ECTS 260 horas
38	EUROINNOVA FORMACIÓN	Experto TDAH	Online	180 horas
39	EDUCA BUSINESS SCHOOL	Experto TDAH	Online	180 horas

40	EDUCA SCHOOL	BUSINESS	Especialista en Psicología: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) Doble titulación + 4ECTS	Online	4 ECTS 310 horas
41	EDUCA SCHOOL	BUSINESS	Máster TDAH	Online	600 horas
42	EDUCA SCHOOL	BUSINESS	Curso Universitario de Atención Psicoeducativa para niños con Hiperactividad (TDHA) (Curso Homologado y Baremable en Oposiciones de la Administración Pública + 4 ECTS)	Online	4 ECTS 110 horas
43	EDUCA SCHOOL	BUSINESS	Postgrado Experto en Atención a niños con Hiperactividad (TDAH) para Maestros de Pedagogía Terapéutica (Curso Homologado y Baremable en Oposiciones de Magisterio de Pedagogía Terapéutica + 4 ECTS)	Online	4 ECTS 210 horas
44	EDUCA SCHOOL	BUSINESS	Postgrado Experto en TDAH, Trastornos del aprendizaje y de la conducta (Titulación Múltiple – Titulación Homologada y Baremable + 12 ECTS	Online	12 ECTS 660 horas
45	EDUCA SCHOOL	BUSINESS	Postgrado Intervención Psicoeducativa en niños con Hipertactividad (Triple titulación + 8 ECTS)	Online	8 ECTS 300 horas
46	EDUCA SCHOOL	BUSINESS	Máster Europeo TDAH	Online	710 horas
47	EDUCA SCHOOL	BUSINESS	Experto Profesional en Psicología de la Atención Psicoeducativa para niños con Hiperactividad (TDHA) (Doble Titulación + 4 ECTS)	Online	4 ECTS 260 horas
48	EDUCA SCHOOL	BUSINESS	Perito Judicial en Hiperactividad Infantil (TDHA) (Doble titulación + 4 ECTS) (Titulación Oficial)	Online	410 horas
49	EMOTIVA PARA EL CAMBIO	CENTRO	Inteligencia Emocional y TDAH	Online	30 horas

50	CENTRO DE FORMACIÓN DE POSTGRADO CODEX	TDAH Y TRASTORNOS GRAVES DE LA CONDUCTA	A distancia	30 horas
51	INESEM BUSINESS SCHOOL	Máster Intervención Psicológica en Trastornos de la Infancia y de la Adolescencia	A distancia	60 ECTS
52	INESEM BUSINESS SCHOOL	Experto en Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad	Online	180 horas
53	ITEAP – INSTITUTO TÉCNICO DE ESTUDIOS APLICADOS	Máster en Hiperactividad (TDAH)	Online	60 ECTS
54	INEUROCAMBUS	Máster en Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad	Online	60 ECTS
55	UNIMEL	Estrategias de intervención para las dificultades del aprendizaje	Online	100 horas

Tabla 15. Acciones formativas, pertenecientes a la Formación No Reglada, que componen la muestra de nuestro estudio de investigación. Fuente: Elaboración Propia.

Las actividades de formación pertenecientes a la Formación Reglada, que suman 12, y aquellas acciones formativas pertenecientes a la Formación No Reglada, un total de 55, conforman el conjunto de la muestra que ha compuesto nuestra investigación.

Para la posterior organización de los datos se han otorgado a cada una de las actividades formativas una nueva denominación.

La numeración otorgada a cada una de ellas será inamovible de aquí en adelante, por lo que cada actividad siempre tendrá el mismo número para facilitar el estudio y la comprensión del lector.

En nuestra denominación hemos utilizado el prefijo “R” para señalar aquellas formaciones impartidas en modalidad reglada, corresponden a la numeración del 56 en adelante:

NUESTRA DENOMINACIÓN	DENOMINACIÓN ORIGINAL
01.CADAH	Curso Experto TDAH: Propuesta integral
02.CADAH	Curso TDAH y familia
03.CADAH	Curso TDAH: Evaluación, diagnóstico diferencial y protocolos intervención
04.CADAH	Curso TDAH: Respuesta educativa al adolescente TDAH
05.CADAH	Curso TDAH: Detección e intervención en adolescentes
06.CADAH	Curso TDAH: Respuesta educativa al alumno
07.CADAH	Curso TDAH en el aula
08.ADANA	Experto TDAH, Trastornos de aprendizaje y conducta
09.ADANA	Curso intervención dificultades aprendizaje
10.ADANA	Curso evaluación, diagnóstico e intervención TDAH
11.ADANA	Curso reeducaciones psicopedagógicas
12.MAPFRE	Título especialización TDAH
13.ALBOR-COHS	Máster en Dificultades de aprendizaje y problemas de conducta
14.ALBOR-COHS	Curso Superior de Especialización en Trastornos por Déficit de Atención (TDA/TDA-H)
15.ALBOR-COHS	Curso Superior de Especialización en Problemas de Conducta en la Infancia y la Adolescencia

16.ALBOR-COHS	Curso Actualización Trastornos por Déficit de Atención para Docentes
17.SERCA	Máster Trastorno Déficit Atención e Hiperactividad-TDAH
18.SERCA	Doble Máster Atención Temprana y TDAH
19.SERCA	Doble Máster Trastorno del Espectro Autista y TDAH
20.SERCA	Doble Máster Psicología Infanto-Juvenil y TDAH
21.SERCA	Doble Máster Intervención Psicopedagógica y TDAH
22.SERCA	Experto Universitario en TDAH
23.ICA	Hiperactividad y Déficit de Atención. Intervención pedagógica
24.ALBORAN	Curso TDAH y comportamiento perturbador
25.ICSE	Dificultades de aprendizaje y habilidades sociales en el medio escolar
26.ICSE	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)
27.ICSE	Experto TDAH y comportamiento
28.FONODIL	Hiperactividad. Alteraciones y comportamiento
29.AFEDES	Curso Trastornos Infantiles: Autismo y TDAH
30.BRAIN_EMOTION	Experto en Hiperactivos en Centros Educativos
31.EUROINNOVA	Máster Europeo TDAH
32.EUROINNOVA	Especialista en Psicología: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

33.EUROINNOVA	Especialista en Psicología: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) Doble titulación + 4 ECTS
34.EUROINNOVA	Postgrado Experto en TDAH, Trastornos del Aprendizaje y de la Conducta (Titulación múltiple – Titulación homologada y baremable + 12 ECTS)
35.EUROINNOVA	Postgrado Experto en Atención a niños con Hiperactividad (TDAH) para maestros de Pedagogía Terapéutica (Curso homologado y baremable en oposiciones de Magisterio de Pedagogía Terapéutica + 4 ECTS)
36.EUROINNOVA	Curso Universitario de Atención Psicoeducativa para niños con Hiperactividad (TDAH) (Curso homologado y baremable en oposiciones de la Administración Pública + 4 ECTS)
37.EUROINNOVA	Experto Profesional en Psicología de la Atención Psicoeducativa para niños con Hiperactividad (TDHA) (Doble titulación + 4 ECTS)
38.EUROINNOVA	Experto TDAH
39.EDUCA_BUSINESS	Experto TDAH
40.EDUCA_BUSINESS	Especialista en Psicología: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) Doble titulación + 4 ECTS
41.EDUCA_BUSINESS	Máster TDAH
42.EDUCA_BUSINESS	Curso Universitario de Atención Psicoeducativa para niños con Hiperactividad (TDAH) (Curso homologado y baremable en oposiciones de la Administración Pública + 4 ECTS)
43.EDUCA_BUSINESS	Postgrado Experto en Atención a niños con Hiperactividad (TDAH) para maestros de Pedagogía Terapéutica (Curso homologado y baremable en oposiciones de Magisterio de Pedagogía Terapéutica + 4 ECTS)
44.EDUCA_BUSINESS	Postgrado Experto en TDAH, Trastornos del Aprendizaje y de la Conducta (Titulación múltiple – Titulación homologada y baremable + 12 ECTS)

45.EDUCA_BUSINESS	Postgrado Intervención Psicoeducativa en niños con Hiperactividad (Triple titulación + 8 ECTS)
46.EDUCA_BUSINESS	Máster Europeo TDAH
47.EDUCA_BUSINESS	Experto Profesional en Psicología de la Atención Psicoeducativa para niños con Hiperactividad (TDHA) (Doble titulación + 4 ECTS)
48.EDUCA_BUSINESS	Perito judicial en Hiperactividad Infantil (TDHA) (Doble titulación + 4 ECTS) (Titulación Oficial)
49.EMOTIVA	Inteligencia Emocional y TDAH
50.CODEX	TDAH y Trastornos graves de la conducta
51.INESEM	Máster Intervención Psicológica en Trastornos de la Infancia y Adolescencia
52.INESEM	Experto en Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad
53.ITEAP	Máster en Hiperactividad (TDAH)
54.INEUROCAMPUS	Máster en Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad
55.UNIMEL	Estrategias de Intervención para las Dificultades de Aprendizaje
56.R_ALMERIA	Formación del Profesorado para la Atención al alumnado con TDAH
57.R_ALMERIA	Máster en Intervención en Convivencia Escolar
58.R_UAL	Máster Propio en Dificultades y Trastornos de Aprendizaje en el ámbito escolar
59.R_US	Máster Universitario en Necesidades Educativas Especiales y Atención a la Diversidad en la escuela

60.R_US	Máster Universitario en Psicología de la Educación. Avances en Intervención Psicoeducativa y Necesidades Educativas Especiales
61.R_US	Máster Psicopedagogía
62.R_UNIA	I Curso Experto en Evaluación e Intervención en Trastorno Déficit de Atención e Hiperactividad
63.R_UNIA	Aula de la Experiencia: Taller “La salud mental: entendiendo problemas psicológicos de la vida cotidiana”
64.R_UNED	El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Aspectos psicológicos, sociales y funcionales I
65.R_UNED	Diploma Experto Universitario en Trastornos Psicológicos en niños y adolescentes
66.R_UNED	El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Aspectos psicológicos, sociales y funcionales II
67.R_CEP_M	Formación del profesorado para la atención al alumnado con TDAH

Tabla 16. Nueva denominación de las acciones formativas para la organización y el estudio de los datos.

Fuente: Elaboración Propia.

5.2.2. Segmentación de la información

Como ya se ha comentado la muestra final analizada se compone de 67 cursos, 12 de ellos pertenecientes a Formación Reglada y 55 a la No Reglada.

La segmentación de la información se ha elaborado siguiendo los criterios a continuación para agrupar la muestra:

- Modalidad
- Duración
- Homologación de la certificación

- Contenidos

El primer criterio: modalidad, se realizó para analizar posteriormente cómo de accesibles eran estos cursos. En algunos casos nos encontramos con que un mismo curso se ofrece en más de una modalidad.

La duración de las actividades formativas nos ha parecido relevante porque la mayoría de los alumnos que asisten a estas acciones lo hacen de forma voluntaria, empleando parte de su tiempo libre en continuar formándose.

En este criterio la información se ha agrupado por número de horas y/o por número de créditos ETCS, teniendo presente que algunas de las formaciones pueden ser incluidas en ambos grupos y otras sólo en uno.

Además, se ha tenido en cuenta para poder relacionarla posteriormente con la profundidad de los contenidos, queremos conocer si existe una correlación entre el tiempo estipulado de una formación y los contenidos que se ofrece al alumnado de la misma.

El tercer criterio es relevante ya que nos encontramos en un sistema credencial en el que obtener un certificado de aprovechamiento de una entidad de prestigio puede llegar a significar la diferencia entre poder o no optar a un puesto de trabajo.

Esta realidad puede condicionar la elección de una formación y otra y por ello también es susceptible de ser analizado en nuestro estudio.

En este criterio la información se ha dividido en cinco grupos que incluyen las actividades formativas que:

- No expiden certificación homologada.
- Lo hacen desde un organismo universitario público.
- Expiden certificación a partir de un organismo universitario privado.
- El certificado es homologado por un organismo empresarial.
- La certificación es expedida por un organismo empresarial especializado en formación.

Por último, se ha considerado necesario hacer alusión a los contenidos. El grado de especialización con la que una acción formativa aborde los contenidos determinará que sea escogida o no y condicionará los conocimientos que el alumnado podrá adquirir.

Para agrupar la información en este criterio hemos considerado cinco agrupaciones, en las que quedan recogidas todas las formaciones que componen la muestra:

- Contenido con base histórica-teórica.
- Contenido de base neurobiológica.
- Formación metodológica.
- Formas de trabajo con afectados.
- Evaluación y diagnóstico del TDAH.

Estas agrupaciones pueden repetirse en una misma acción formativa ya que el temario de varios de los cursos analizados en nuestra investigación contiene información de varios de los grupos.

Las actividades formativas que estén en más de uno de los grupos anteriores serán más completas que aquellas que sólo pertenecen a uno. A pesar de esto hemos tenido en cuenta que algunas acciones son de especialización y, por tanto, sólo se centrarán en uno o alguno de ellos.

CAPÍTULO 6:

RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

6.1 Resultados y análisis de datos

6.1.1 Criterio: Modalidad

6.1.2 Criterio: Duración

6.1.3 Criterio: Homologación de la certificación

6.1.4 Criterio: Contenidos

6.2 Interpretación de datos

6.2.1 Relación Reglada y No Reglada, criterio: Modalidad

6.2.2 Relación Reglada y No Reglada, criterio: Duración

6.2.3 Relación Reglada y No Reglada, criterio: Homologación

6.2.4 Relación Reglada y No Reglada, criterio: Contenido

6.2.5 Relación criterios: Duración y Contenido

6.3 Conclusiones del análisis de los resultados

CAPÍTULO 6

RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

La educación no es la respuesta a la pregunta.

*La educación es el medio para encontrar
la respuesta a todas las preguntas.*

-William Allin

Este segundo bloque en que nos encontramos se centra en la parte empírica del trabajo de investigación.

En el capítulo anterior se han abordado los fundamentos del diseño de la investigación y hemos profundizado en cómo se ha desarrollado.

Ahora podremos el foco en la información que puede extraerse de la muestra seleccionada. De este modo en el presente capítulo se muestran, analizan e interpretan los resultados obtenidos de la muestra seleccionada.

Para obtener los resultados nos hemos servido de la información ofrecida en las páginas webs de cada una de las entidades que imparten alguna formación respecto al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad dirigida a los profesionales de la educación.

6.1. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos que conforman nuestra muestra se han obtenido a través de los portales web de cada una de las entidades que ofertan las actividades formativas a analizar, como se ha señalado en la introducción de este capítulo.

Ya se ha comentado con anterioridad que en un primer momento se procuró contactar directamente con las organizaciones. La intención era obtener la información a utilizar de forma totalmente precisa fiable y conforme a la realidad de la oferta.

El cuestionario realizado para este fin aparece en el Anexo 4. Al no obtener la respuesta esperada nuestra muestra ha sido construida por la información disponible en la red.

Hemos encontramos entidades que ofrecen una, dos y hasta diez formaciones que cumplen con nuestros criterios de selección. Las 67 acciones formativas que componen nuestro estudio se dividen entre 25 entidades, todas ellas realizan al menos una oferta educativa sobre TDAH dirigida a profesionales de la educación.

De las organizaciones que cumplen con las condiciones propuestas y, por tanto, han sido seleccionadas para conformar nuestra muestra seis pertenecen a Formación Reglada y las 19 restantes corresponden a Formación No Reglada.

Hemos considerado relevante tener en cuenta el número de actividades ofrecidas por cada una de las entidades ya que puede indicar el interés de dichas organizaciones en profundizar en la temática y cubrir una carencia formativa cuya necesidad ya ha sido expresada en capítulos anteriores.

En el gráfico de la página a continuación se representan las entidades de siguiendo dos medidas:

- Tipología: Reglada o No Reglada.
- Número de actividades formativas (en gráfico: Act. F.) que imparte cada entidad.

A través de los colores se refleja la tipología mientras que la numeración nos permite conocer el número de acciones formativas ofertadas.

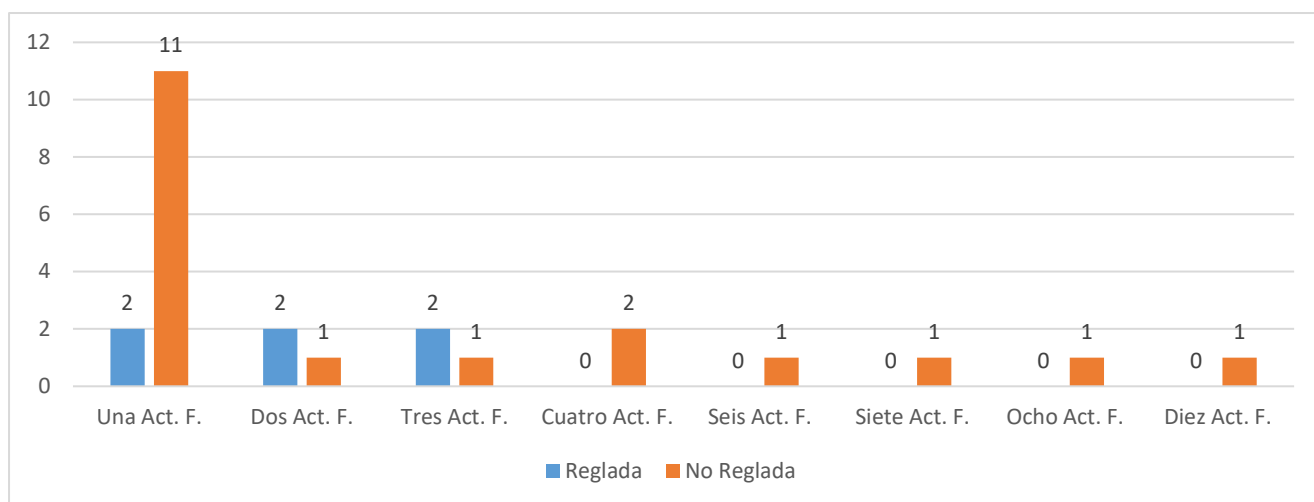


Gráfico 3. Actividades formativas según el número de acciones ofertadas por una misma entidad.
Fuente: Elaboración Propia.

Si analizamos brevemente el gráfico encontramos que, centrándonos en primer lugar en la Formación No Reglada, once de las organizaciones imparten una sola acción formativa. Las ocho entidades restantes que conforman la muestra de esta tipología ofrecen entre dos y diez actividades de formación.

Estos datos contrastan con los obtenidos para la tipología Formación Reglada, en la que no tenemos datos de ninguna entidad que organice más de tres acciones formativas dirigidas a profesionales de la educación cuyos contenidos versen sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

En las gráficas que expondremos a continuación trabajaremos con valores porcentuales. Para ello hemos evitado el uso de decimales considerando que dificultan la visualización, dando tan sólo valores totales.

Hemos considerado conveniente expresar los valores reales correspondientes a la cantidad de actividades formativas que ofrece cada una de las entidades que componen la gráfica. Aunque sólo se grafiquen los datos con números enteros creemos adecuado conocer la cifra exacta sobre la que basamos nuestros gráficos.

En las tablas siguientes podemos ver tanto los datos con exactitud calculados en porcentajes correspondientes a cada entidad y el porcentaje aproximado que utilizaremos en el gráfico para facilitar la observación del mismo.

Además del porcentaje total (% en gráfico) se ha añadido el porcentaje relativo a la tipología (% tipología). La finalidad es conocer el peso porcentual respecto a las 25 entidades que componen la muestra total y también el peso de cada organismo en su grupo concreto.

NO REGLADA					
	Entidad	Nº Act. F.	Porcentaje real	% en gráfico	% tipología
1	EDUCA BUSINESS	10	14,93%	15%	18,18%
2	EUROINNOVA	8	11,94%	12%	14,54%
3	CADAH	7	10,45%	10%	12,72%
4	SERCA	6	8,96%	9%	10,90%
5	ALBOR-COHS	4	5,97%	6%	7,27%
6	ADANA	4	5,97%	6%	7,27%
7	ICSE	3	4,48%	4%	5,45%
8	INESEM	2	2,99%	3%	3,63%
9	MAPFRE	1	1,49%	1%	1,81%
10	ICA	1	1,49%	1%	1,81%
11	ALBORAN	1	1,49%	1%	1,81%
12	FONODIL	1	1,49%	1%	1,81%
13	AFEDES	1	1,49%	1%	1,81%

14	BRAIN EMOTION	1	1,49%	1%	1,81%
15	EMOTIVA	1	1,49%	1%	1,81%
16	CODEX	1	1,49%	1%	1,81%
17	ITEAP	1	1,49%	1%	1,81%
18	INEUROCAMPUS	1	1,49%	1%	1,81%
19	UNIMEL	1	1,49%	1%	1,81%
REGLADA					
	Entidad	Nº Act. F.	Porcentaje real	% en gráfico	% tipología
1	US	3	4,48%	4%	25%
2	UNED	3	4,48%	4%	25%
3	UAL	2	2,99%	3%	16,67%
4	UNIA	2	2,99%	3%	16,67%
5	UAL FORM. CONT.	1	1,49%	1%	8,33%
6	CEP	1	1,49%	1%	8,33%

Tabla 17. Entidades, número de actividades ofertadas y porcentajes correspondientes respecto a la totalidad de la oferta formativa. Fuente: Elaboración Propia.

Una vez hemos explicado los valores porcentuales que serán utilizados y hemos tenido en cuenta la llamativa diferencia en variedad y número de oferta entre ambas tipologías, pasamos a la observación de los datos totales.

Como se ha dicho anteriormente contamos con 25 entidades formativas que aparecen reflejadas en el gráfico de la página a continuación.

En esta ocasión no se han dividido según tipología, sino que aparecen como un todo. A cada entidad se le ha otorgado un valor, éste es el porcentaje de acciones formativas que representa respecto al total de la oferta que compone nuestra muestra.

Podemos observar cuáles son las cinco entidades que ofrecen un número mayor de acciones formativas. Éstas, ordenadas de mayor a menor, son:

- Educa Business, 10 actividades formativas que conforman el 15% del total.
- Euro Innova, 8 acciones formativas siendo el 12% de la totalidad.
- CADAH, que ofrece el 10%; es decir, 7 formaciones.
- SERCA, con 6 actividades formativas, siendo el 9% del total.
- ADANA y ALBOR-COHS comparten el quinto lugar ofertando cuatro acciones formativas, que porcentualmente corresponde a un 6%.

De modo opuesto, se ha constatado que son 13 las entidades que tan sólo ofertan una acción formativa, obteniendo con ello un 1% en los valores porcentuales representados en el gráfico.

Resulta llamativa la diferencia existente entre la oferta de las entidades de Formación Reglada y las de No Reglada. No sólo en el número de organismos que ofertan formación, sino también en el número de acciones formativas sobre Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad que cada uno de ellos pone en marcha dirigida a los profesionales de la educación.

Este hallazgo se relaciona con una de nuestras hipótesis iniciales en la que afirmábamos que: *La oferta formativa en TDAH ofertada por organismos públicos es insuficiente.*

Podemos observar en los datos obtenidos que son las entidades privadas, que se incluyen en la tipología de la Formación No Reglada, las que cuentan con una mayor oferta en número y variedad.

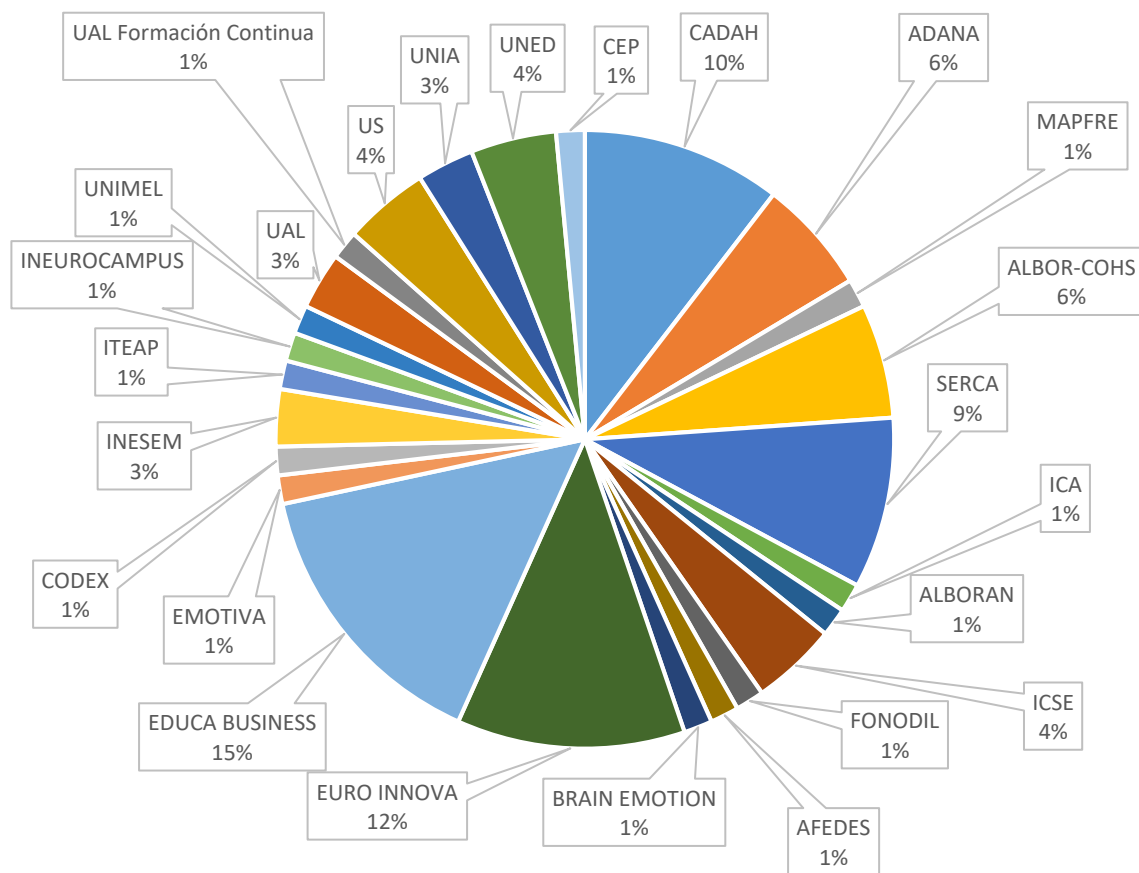


Gráfico 4. Representación gráfica porcentual de la oferta formativa. Fuente: Elaboración Propia.

El gráfico, sobre estas líneas, expresa la clasificación de todas las entidades analizadas según el porcentaje correspondiente a la oferta formativa con respecto al total.

Además de éste, hemos considerado pertinente atender a la separación según la tipología a la que pertenecen incluyendo un gráfico para la Formación Reglada y otro para la No Reglada.

Para ello debemos entender cada tipología como una totalidad y por tanto los porcentajes serán relativos al 100%, expresado en la última columna de las tablas que expuestas en líneas superiores. Consideramos que de esta forma se clarifica el reparto actual de la oferta formativa existente.

En el siguiente gráfico la única división realizada es la de tipología. Para contextualizar los datos que posteriormente serán expuestos de forma pormenorizada.

La oferta formativa No Reglada supone un 82'08% del total analizado, mientras que las acciones formativas pertenecientes a la Formación Reglada supone el 17'92% restante de la muestra, como se muestra en el Gráfico X.

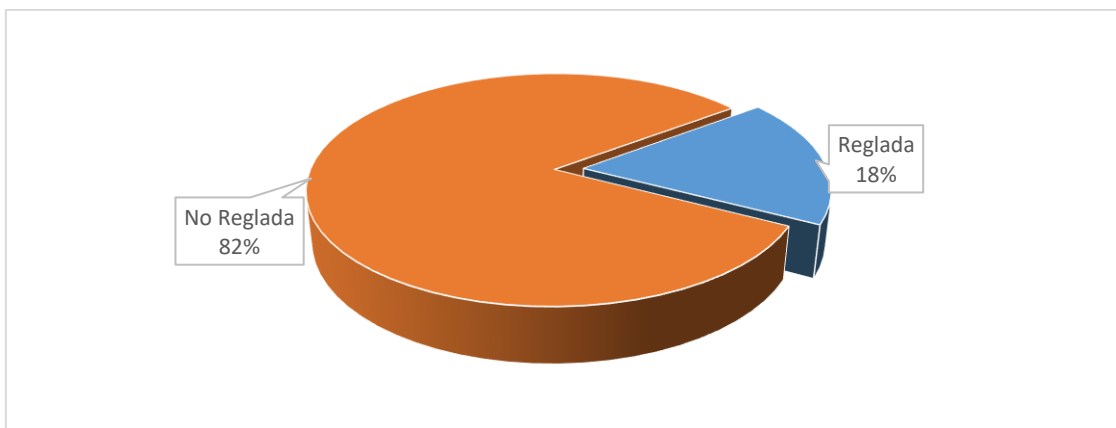


Gráfico 5. División de la muestra según tipología de la entidad que oferta las acciones formativas.
Fuente: Elaboración Propia.

Como ya se ha comentado, para facilitar la comprensión de los hallazgos analizados se ha considerado pertinente realizar sendos gráficos en los que se ilustren, por un lado, los datos de la Formación Reglada y, por otro, los de la Formación No Reglada.

En ambos gráficos los datos aparecen reflejados sobre valores totales de 100%.

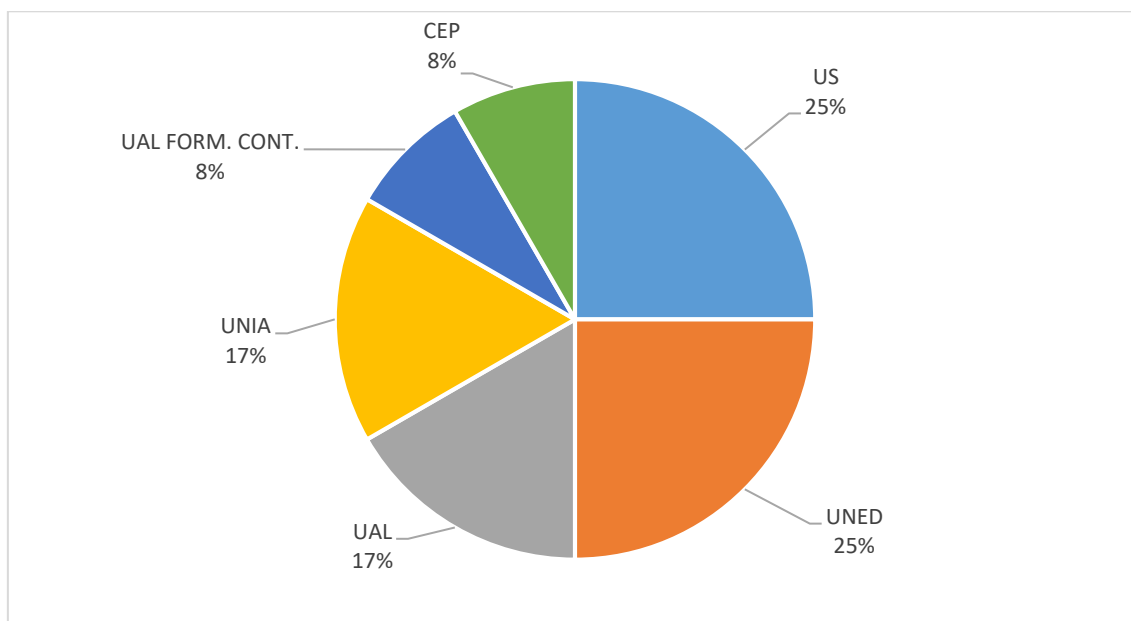


Gráfico 6. Representación gráfica porcentual de la oferta formativa de tipología Reglada.
Fuente: Elaboración Propia.

De este modo podemos ver que entre la Universidad de Sevilla y la Universidad Nacional de Educación a Distancia ofrecen la mitad, el 25% cada una, de las acciones formativas sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad para profesionales de la educación de tipología Reglada.

En valores unitarios el 25% representa tres acciones formativas de la Universidad de Sevilla y otras tres de la Universidad Nacional de Educación a Distancia.

En el siguiente gráfico aparecen reflejados los datos sobre formación No Reglada. En total hay 19 entidades, de ellas once ofrecen una única actividad formativa, suponiendo menos de un 20% de la oferta total No Reglada.

Observamos que existe gran diferencia entre el peso porcentual de estas 11 entidades y los ocho organismos restantes que ofrecen más de una acción formativa.

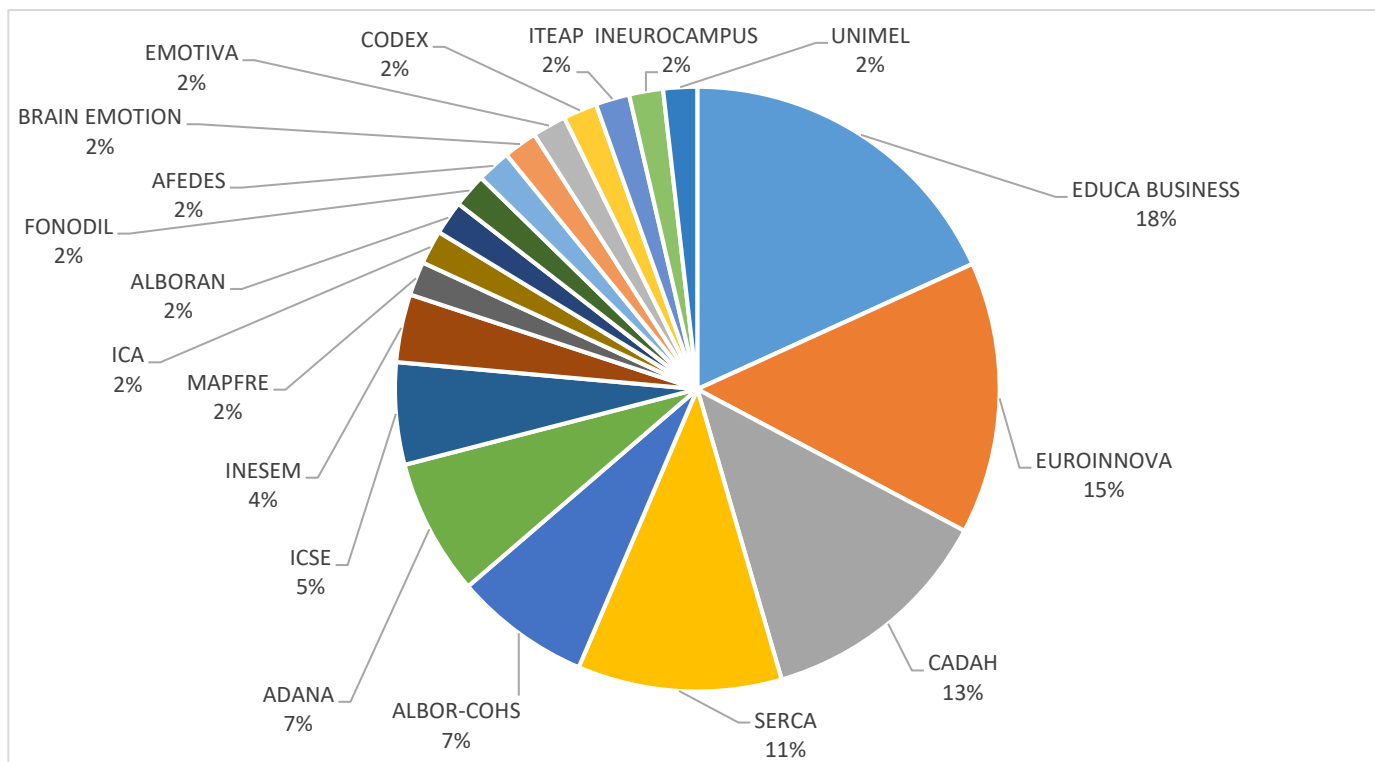


Gráfico 7. Representación gráfica porcentual de la oferta formativa de tipología No Reglada.
Fuente: Elaboración Propia.

Tras organizar los hallazgos según entidad y haberles otorgado los valores porcentuales correspondientes para una mejor percepción de los datos, hemos realizado una *ficha descriptiva* de cada actividad formativa.

Al trabajar con páginas webs de las diferentes entidades la información ha sido encontrada de forma desordenada, dependiendo de cómo cada web la tuviese dispuesta en el enlace correspondiente.

La finalidad de la creación de fichas es tener la información válida para nuestra investigación organizada de forma homogénea, facilitando así tanto el análisis como la comprensión de quién pudiese estar interesado en los hallazgos.

En un principio se realizó un diseño de fichas que contenía todos los datos que nos parecían relevantes para nuestra investigación. Éstos fueron los que aparecen en la tabla a continuación.

Nombre de la entidad.
Nombre de la actividad formativa.
Tipología general del centro que la ofrece.
Tipología concreta del centro que la ofrece.
Modalidad de la actividad.
Número medio de participantes inscritos por curso.
Duración de la actividad.
Número de ediciones de la actividad formativa ofertada.
Certificación o titulación expedida.
Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado).
Destinatarios de la acción formativa.
Objetivos de la acción formativa.
Contenidos de la acción formativa.

Figura 26. Diseño inicial de la *Ficha descriptiva* de cada acción formativa perteneciente a la muestra.
Fuente: Elaboración Propia.

Al realizar la búsqueda en profundidad de todos los datos que consideramos pertinentes pretendíamos tener el suficiente conocimiento de cada actividad formativa como para realizar una valoración pormenorizada de las mismas.

Consideramos relevante detectar las carencias existentes para que nuestro trabajo pudiese ser utilizado prospectivamente en la mejora de futuros diseños formativos para el abordaje educativo del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

En las páginas web disponibles suelen aparecer los datos generales que a las personas susceptibles de matricularse les pueden interesar. Algunos de ellos no eran de nuestro interés a priori, como el precio.

Mientras que otras informaciones que sí considerábamos importantes para nuestro estudio, como conocer el número de participantes habitual o las ediciones que se habían llevado a cabo, no estaban publicados.

Ciertos datos que aparecen en la tabla anterior no han sido localizables por no estar expuestos de forma pública en los enlaces web, por ello se tomó la decisión de diseñar un cuestionario para enviar a las diferentes entidades.

Tras su realización se enviaron a los organismos con oferta formativa respecto al TDAH. Al no obtener respuesta suficiente nos vimos obligados a modificar los datos que conforman la descripción de las actividades formativas en las fichas, disminuyendo de trece a ocho los puntos a tener en cuenta, como aparece a continuación:

Nombre de la actividad formativa.

Tipología general del centro que la ofrece.

Tipología concreta del centro que la ofrece.

Modalidad de la actividad.

Duración de la actividad.

Certificación o titulación expedida.

Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado).

Contenidos de la acción formativa.

Figura 27. Diseño final de la *Ficha descriptiva* de cada acción formativa perteneciente a la muestra. Fuente: Elaboración Propia.

Una vez hemos seleccionado la información que utilizaremos para describir y analizar nuestra muestra, habiendo tenido en cuenta los datos disponibles, se ha organizado en las fichas que aparecen en el Anexo 7, ya definidas en líneas superiores.

De esta forma todas las entidades y organismos que ofrecen alguna actividad formativa cumplirían los criterios esperados y tendrían el mismo formato, facilitando el trabajo con las mismas y la comprensión de los resultados obtenidos.

Una vez que se dispone de la información organizada de forma homogénea, los hallazgos han sido volcados en el programa NVivo11. Con este programa se organiza la información para trabajar con ella de forma más ordenada.

Además nos ha facilitado la creación de las gráficas expuestas en las páginas a continuación. En dichas gráficas se plasman los resultados obtenidos de una forma sencilla y cómoda para localizar y entender visualmente los resultados, las diferencias y coincidencias entre unos y otros grupos de datos.

Como ya venimos comentando a lo largo de nuestra investigación, la muestra utilizada se compone de 12 acciones formativas pertenecientes a la tipología de Formación Reglada y 55 a Formación No Reglada.

La tipología se tiene en cuenta en el análisis con la intención de valorar las características de las actividades de formación y comparar, en caso de ser pertinente, las diferencias entre ser ofertada por entidades de Formación Reglada o No Reglada.

Para solventar las dificultades de acceso a todos los datos que pretendíamos analizar se han modificado las fichas de información de cada una de las entidades y hemos concretado cuatro criterios a analizar.

A continuación se explicará con mayor profundidad los hallazgos en cada uno ellos. Estos criterios finalmente son:

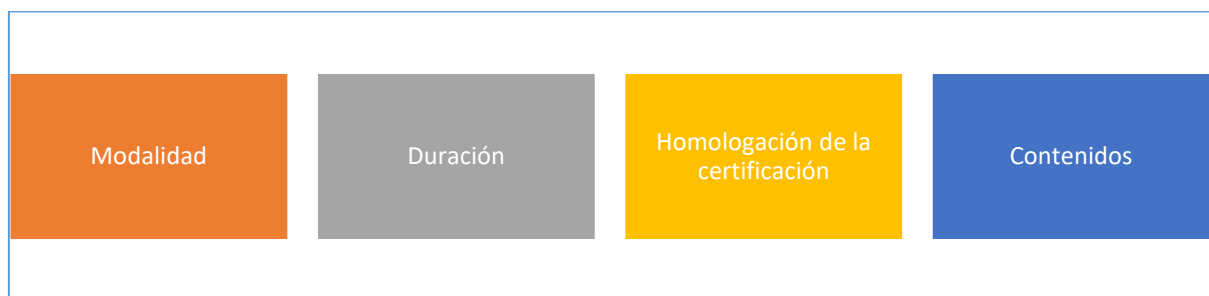


Figura 28. Criterios de análisis de los datos. Fuente: Elaboración Propia.

En el apartado a continuación serán desarrollados atendiendo a los hallazgos obtenidos. Con ellos podremos conocer:

- Modalidad: cómo de accesibles son estas actividades para los profesionales de la educación andaluces.

- Duración: la dedicación y el tiempo necesarios según los organizadores para que los que realicen la formación lo hagan de forma exitosa.
- Homologación de la certificación: qué titulación se expide tras la realización de la acción formativa, si la expide la propia entidad que realiza la oferta de la actividad u otro organismo y su validez en el campo laboral.
- Contenidos: por último, el grado de profundidad de conocimientos alcanzable al finalizar la acción formativa, a través de los contenidos que se ofrecen en cada una de las acciones formativas.

En la organización por criterios de los resultados, desarrollada en los apartados que siguen, aparece reflejada la totalidad de las acciones formativas.

No existe división entre Reglada o No Reglada en las gráficas que se ilustran a continuación, ya que expresan resultados totales. Será en la interpretación de los datos cuando se tenga en cuenta de qué tipología son.

Nos parece pertinente realizar siempre esta aclaración ya que, según se atienda o no a la separación por tipología, obtendremos unos resultados sesgados o totales pudiendo implicar una gran diferencia.

6.1.1. Criterio: modalidad

En primer lugar se describirán los resultados obtenidos en el apartado de modalidad.

Ya hemos explicado en el capítulo anterior las diferencias y características de cada una de las modalidades tenidas en cuenta en nuestro estudio (online, a distancia, presencial y semipresencial) por lo que no consideramos conveniente reiterar en la definición de las mismas.

La mayoría de las formaciones que componen nuestra muestra objeto de estudio pertenecen a la modalidad on-line, alcanzando las 43 acciones formativas de 67.

La expresión *dos modalidades* que podemos observar en la gráfica se refiere a aquellas acciones formativas que son impartidas de forma simultánea en más de una modalidad de las tenidas en cuenta para nuestra investigación.

En los resultados sólo hemos encontrado dos acciones formativas que cumplan con esta característica y en ambas las modalidades compaginadas son las mismas: online y a distancia.

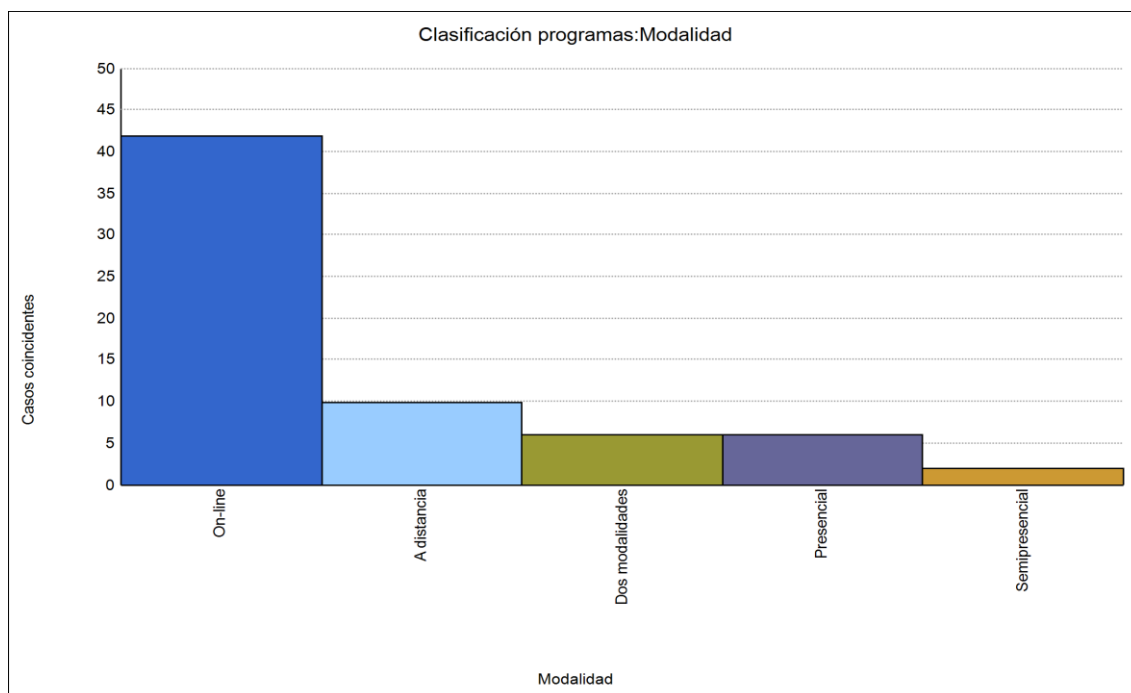


Gráfico 8. Clasificación de programas: Modalidad. Fuente: Elaboración Propia.

Los hallazgos que se reflejan en el gráfico anterior pertenecen al criterio de Modalidad. Los resultados numéricos de las acciones formativas organizados en las diferentes tipos de modalidades que se han tenido en cuenta en nuestro estudio de investigación son los que aparecen en la tabla a continuación.

Modalidad	Nº acciones formativas impartidas
Online	43
A distancia	10
Presencial	6
Semipresencial	6

Dos modalidades	2
-----------------	---

Tabla 18. Datos numéricos de la clasificación de programas, criterio: modalidad. Fuente: Elaboración Propia.

6.1.2. Criterio: duración

El siguiente criterio analizado es la duración de las acciones formativas. Nos encontramos ante la peculiaridad de la existencia de dos medidas con las que podemos valorar la duración: horas y créditos ECTS. Esto ocurre por la adaptación al Sistema Europeo de Transferencia de Créditos.

En este sistema de créditos se valoran, además de las horas impartidas por los docentes, la actividad de estudio y trabajo autónomo que el alumnado realiza de forma individual. Bajo esta visión un crédito ECTS será correspondiente a unas 25-30 horas.

Esta unidad de medida se ha implantado en la práctica totalidad de los estudios universitarios y los cursos de postgrado. Es una forma de homogeneizar la valoración del tiempo dedicado a la formación para todas las universidades europeas.

Al tener una misma unidad de medida cuyos criterios son idénticos se facilita la convalidación de estudios y la movilidad estudiantil y laboral, ya que empresarios y universidades conocen el valor otorgado al tiempo dedicado en las titulaciones obtenidas.

Nuestro estudio no puede ceñirse únicamente a la medida expresada en créditos ECTS. Tenemos en nuestra muestra una parte significativa de las actividades formativas que no son ofertadas por entidades universitarias o centros adscritos a las mismas, que no valoran su temporalización de esta forma y su única unidad de medida son las horas.

Esta dualidad ha significado un desdoble en los resultados. Al no ser exacta la convalidación de horas por cada crédito ECTS debemos tener en cuenta ambas medidas, para ello hemos creado dos gráficos en los que se exponen los datos relativos a la duración.

Los datos de este criterio deben ser analizados atendiendo a ambos valores, así evitamos cualquier pérdida de información, como podría suceder si sólo atendiésemos a una de las dos medidas de duración.

Nos parece relevante tener en cuenta que, de las 67 acciones formativas analizadas en nuestro estudio, sólo 21 poseen valores en ambas medidas. El resto aparecerán como *No aplicable* en la gráfica que mida los valores de los que no poseemos datos.

En otras palabras, aquellas actividades formativas que sólo ofrezcan datos de duración medidos en horas aparecerán en la tabla correspondiente a los créditos ECTS agrupados en la columna de *No aplicable*. Mientras que sucederá lo opuesto en la tabla de horas con las acciones formativas de las que sólo tengamos datos medidos en créditos ECTS.

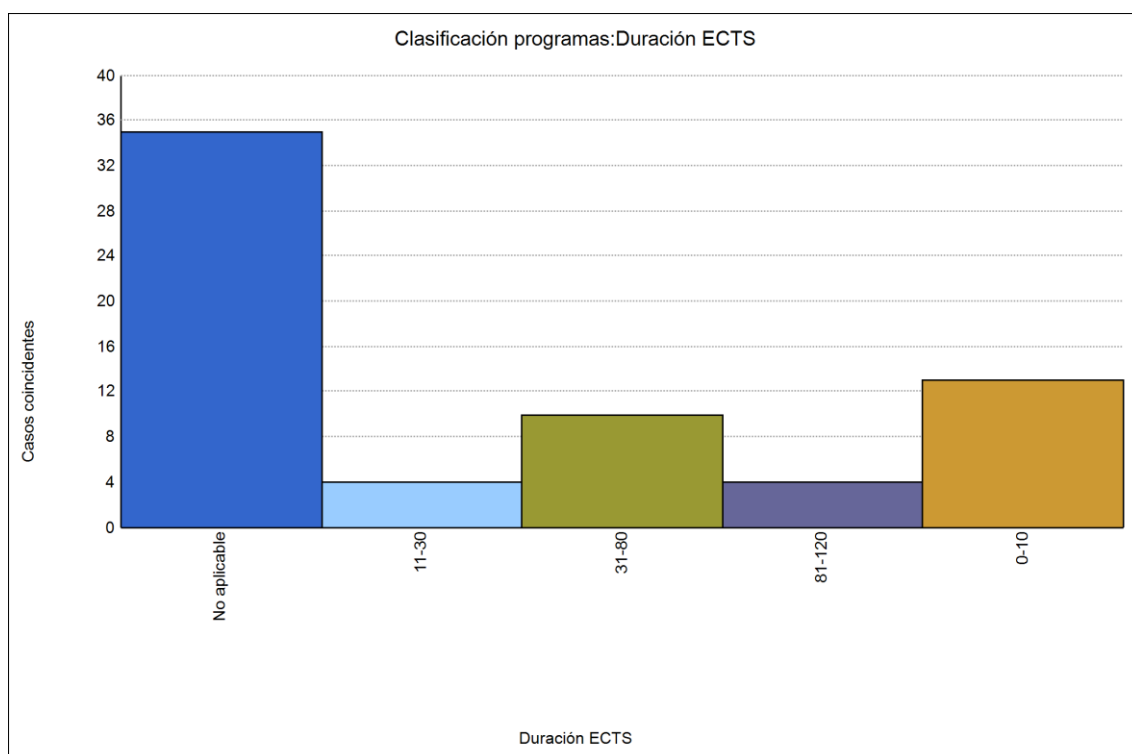


Gráfico 9. Clasificación de programas: Duración ECTS. Fuente: Elaboración Propia.

En relación con los resultados obtenidos respecto a créditos ECTS hay 35 formaciones que no ofrecen datos en esta medida, por tanto pertenecen al grupo de *No aplicable*. Mientras que las 32 restantes que sí ofrecen datos en ECTS se organizan como exponemos en la siguiente tabla.

Duración medida en créditos ECTS	Nº acciones formativas impartidas
De 0 a 10 ECTS	14
De 11 a 30 ECTS	4
De 31 a 80 ECTS	10
De 81 a 120 ECTS	4

Tabla 19. Datos numéricos de la clasificación de programas, criterio: duración ECTS. Fuente: Elaboración Propia.

Pasamos a continuación a la gráfica que expresa los hallazgos sobre el criterio duración, esta vez utilizando como unidad de medida las horas. Atendiendo a esta medida las acciones formativas de las que no poseemos datos en este formato, y por tanto se incluyen en *No aplicable*, son 12.

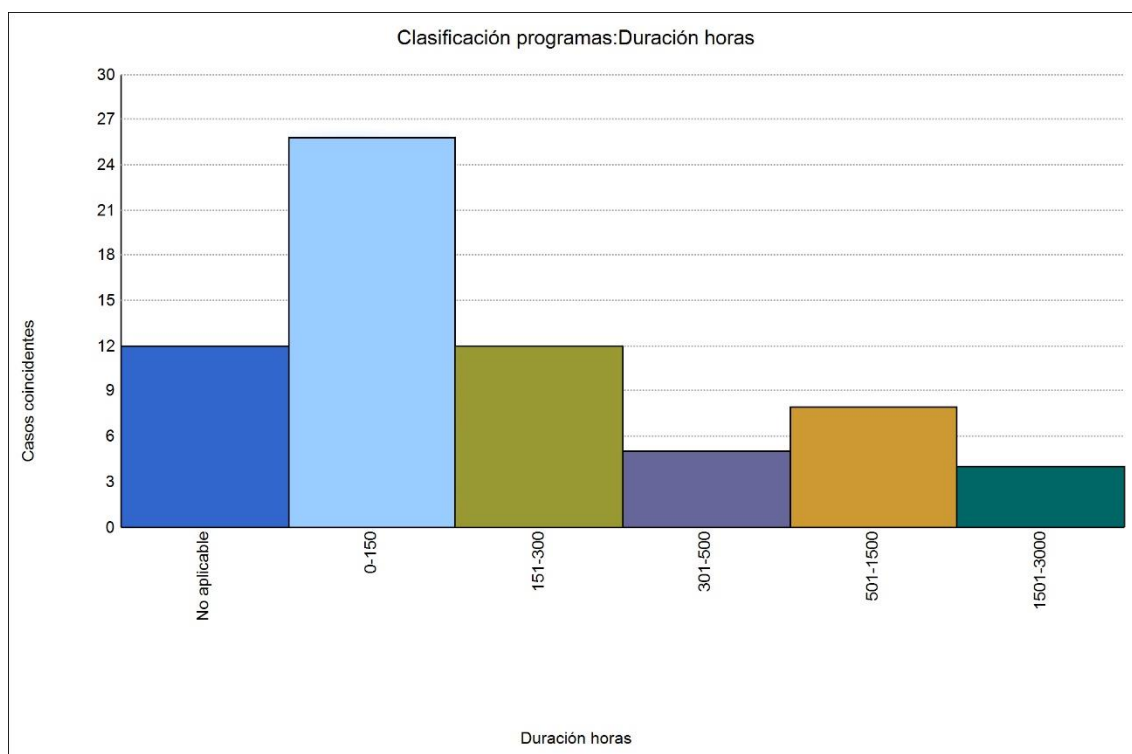


Gráfico 10. Clasificación de programas: Duración horas. Fuente: Elaboración Propia.

Observamos que la mayoría de las actividades de formación tienen una duración de entre 0 y 150 horas. Esto podría ser valorado como de baja duración al ser, dentro de las opciones en las que hemos dividido la muestra para facilitar su estudio, la medida con el valor mínimo.

El resto de los datos encontrados respecto a la duración medida en horas son:

Duración medida en horas	Nº acciones formativas impartidas
De 0 a 150 horas	25
De 151 a 300 horas	12
De 301 a 500 horas	6
De 501 a 1500 horas	8
De 1501 a 3000 horas	4

Tabla 20. Datos numéricos de la clasificación de programas, criterio: duración horas. Fuente: Elaboración Propia.

Nos ha llamado la atención que el grupo cuyos valores numéricos sean los menores sea el que está compuesto por más actividades formativas mientras que aquel cuyos valores son los más altos, entre 1501 y 3000 horas, sea al que corresponden menos acciones de formación.

Esto puede deberse a la necesidad de acreditar un número tan elevado de horas y la profundidad en el temario que requiere para que sea una actividad de esa envergadura.

Al ser cantidades de horas tan amplias hemos considerado pertinente indagar en el reparto exacto de las 27 formaciones que componen el primer grupo, de 0 a 150. Para ello hemos utilizado el gráfico a continuación:

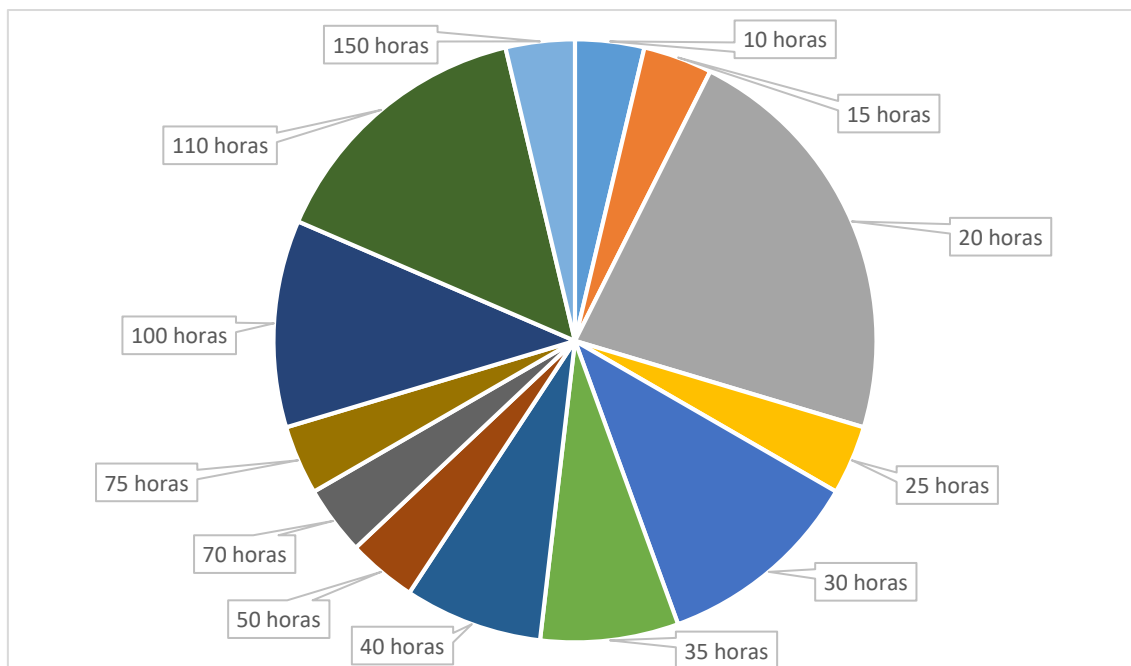


Gráfico 11. Clasificación de programas: Duración horas. Detalle del subgrupo de 0 a 150 horas. Fuente: Elaboración Propia.

En este gráfico podemos observar que seis de las actividades formativas de este subgrupo tienen una duración de 20 horas, que en el mundo académico es un valor bastante bajo.

Hay cuatro acciones de formación cuya duración son 110 horas, mientras que hay tres formaciones con 30 horas, otras tres con 100 horas de formación, dos con 35 horas y otras dos con 40 horas de duración.

Se ha considerado relevante hacer el desarrollo de este subgrupo ya que para la correcta visualización de los datos hemos visto la necesidad de aglutinar todas las formaciones en un rango tan amplio como es atender desde una hora hasta 150.

Aunque los resultados han sido que 27 acciones formativas pertenecen a este subgrupo nos parecía oportuno dar a conocer que tan sólo 11 de ellos tenían una duración que superase las 50 horas, siendo el dato más repetido las acciones formativas con 20 horas de duración.

En el capítulo siguiente estos datos serán relacionados con los contenidos para valorar el grado de conocimiento de las actividades formativas. A priori, podemos entender que cuanto mayor sea el número de horas/créditos ECTS empleados en una acción formativa, mayor será también el grado de profundización en la temática podremos

esperar, pero esto será comprobado posteriormente en el apartado de interpretación de datos.

6.1.3. Criterio: homologación de la certificación

Como ya se ha explicado, la certificación expedida tras concluir de forma exitosa una formación y la homologación que ésta posea es muy importante para el contexto laboral actual, por ello hemos considerado imprescindible tener en cuenta este criterio.

Hoy en día podemos tener multitud de conocimientos en diversas áreas que, como profesionales de la educación, nos facilitarán nuestro trabajo cotidiano.

Pero para que estas aptitudes sean tenidas en cuenta en una entrevista laboral o en la baremación para un concurso de oposiciones debemos tener un documento pertinentemente homologado que certifique la veracidad de las habilidades que decimos poseer.

Entendemos que los profesionales de la educación, inmerso en este mundo académico y laboral con necesidad de certificar los conocimientos, tendrán muy en cuenta qué titulación se expide en cada una de las acciones formativas ofertadas y qué organismo es el encargado de homologar la misma.

En los datos de la muestra de nuestra investigación hemos encontrado que gran parte de la oferta formativa analizada ofrece la homologación de sus certificados a través de Universidades Privadas, siendo 30 de 67 las que expiden este tipo de titulación.

La homologación del resto de las acciones formativas se reparte entre Universidades Públicas, Entidades sin ánimo de lucro, Entidades privadas de formación, Entidades públicas.

Al obtener los datos desde las páginas webs de los organismos que ofrecen las acciones formativas nos hemos encontrado con 6 actividades formativas de las que debe ser tomada en cuenta la ausencia de información referente al tipo de certificación que ofrecen.

Se ha intentado contactar con las entidades organizadoras para corroborar qué tipo de titulación expedían o, en su caso, si no se expedía titulación. Pero no nos ha sido posible corroborar ninguna de las opciones por lo que aparecen en el apartado de *No Aplicable*.

Los datos numéricos exactos son los que aparecen en la tabla siguiente:

Homologación de la certificación	Nº acciones formativas impartidas
Universidades Privadas	30
Universidades Públicas	11
Entidades sin ánimo de lucro	9
Entidades privadas de formación	7
Entidades públicas	4
No aplicable	6

Tabla 21. Datos numéricos de la clasificación de programas, criterio: homologación. Fuente: Elaboración Propia.

A continuación, se observan los resultados pertenecientes al criterio Homologación. A través de la gráfica podemos concluir que son las Universidades Privadas, con diferencia del resto, las que expiden sus titulaciones homologadas en un número mayor de acciones formativas estudiadas.

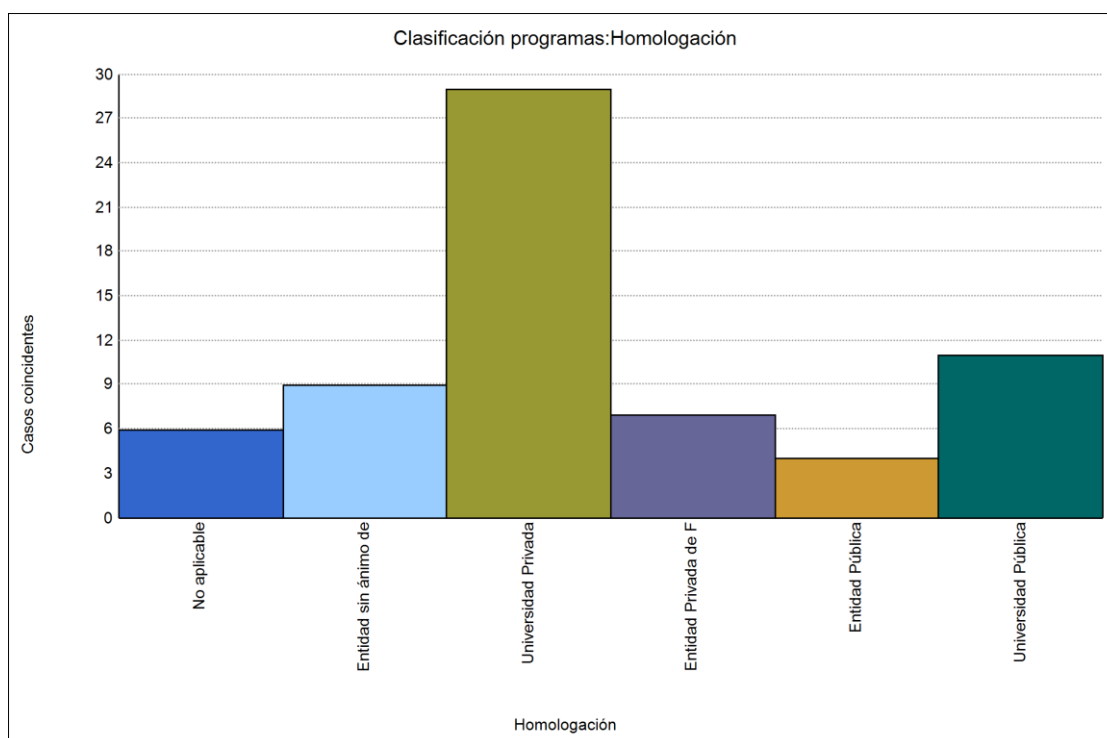


Gráfico 12. Clasificación de programas: Homologación. Fuente: Elaboración Propia.

6.1.4. Criterio: contenidos

El último de los criterios es el relativo a la formación como tal, a los contenidos que los alumnos que se matriculen en estas actividades de formación tendrán a su disposición.

En un principio decidimos dividir en varios grupos los diferentes contenidos posibles de las acciones formativas que componen nuestra muestra, como se ha expuesto en apartados anteriores.

La finalidad de estas agrupaciones era abarcar todas las opciones que pudieran ser interesantes para los profesionales de la educación a los que van dirigidas las formaciones que componen nuestra muestra.

Las actividades de formación serán analizadas, según sus contenidos, entre:

- Base histórica-teórica
- Base neuro-biológica
- Formación metodológica

- Formas de trabajo con afectados
- Evaluación y diagnóstico del TDAH
- Contenidos genéricos no especializados

Los hallazgos realizados dan a conocer que las actividades formativas atienden, por lo general, al menos a dos de estas agrupaciones. La excepción la encontramos en sólo dos acciones formativas de las 67 que conforman nuestra muestra. Estas dos tratan en exclusividad sobre las formas de trabajo con los afectados por el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

De la muestra total, 67 acciones formativas, hay siete de las que no nos ha sido posible obtener la información relativa al tipo de contenido ofertado a las personas que se inscriban en ellas y, por tanto, aparecerán representadas como *No aplicable*.

En la página a continuación podemos ver el gráfico de la clasificación según contenidos. Hemos encontrado hasta 11 acciones formativas cuyos contenidos son generales sobre TDAH, no llegan a profundizar sobre el trastorno pero dan una visión general.

Valoramos positivamente la existencia de éstas por el beneficio que pueden suponer para aquellos profesionales que comienzan a familiarizarse con el trastorno, ofreciendo una primera toma de contacto con él y sus características.

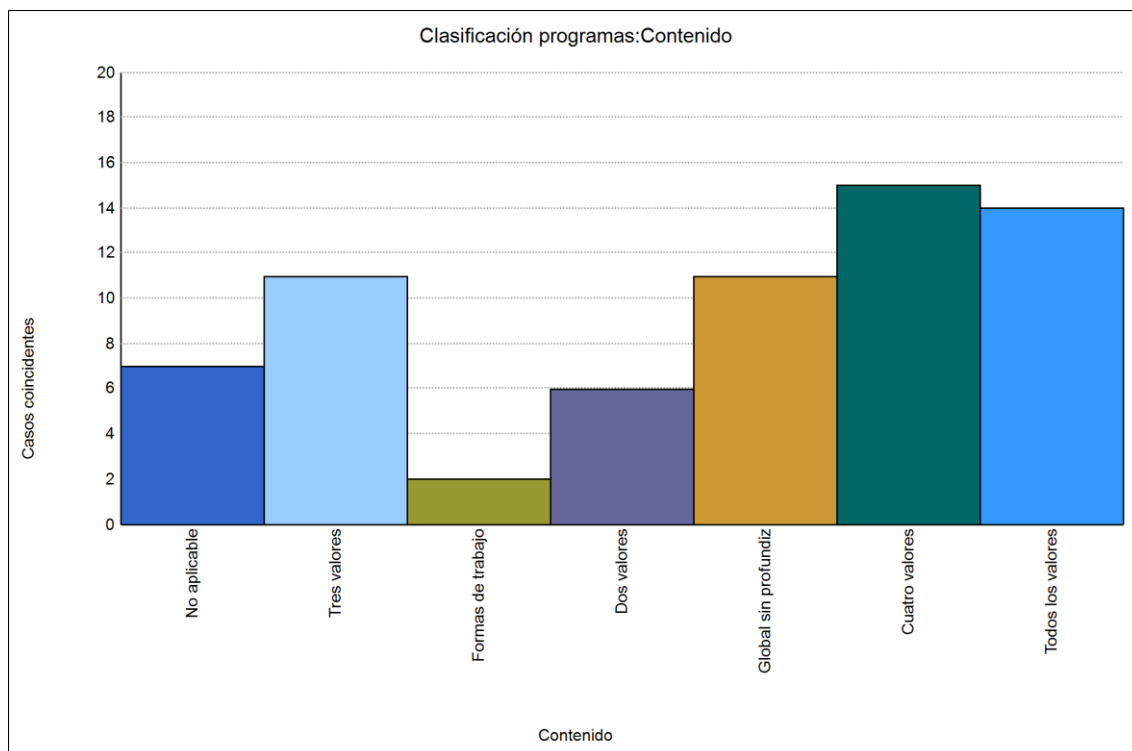


Gráfico 13. Clasificación de programas: Contenido. Fuente: Elaboración Propia.

Por otro lado, consideramos especialmente remarcable que en la oferta estudiada hayamos encontrado hasta 14 actividades de formación en las que se abarcan todos los grupos en los que hemos dividido los contenidos. Estas acciones de formación son las más completas y exhaustivas en lo que a la oferta formativa para profesionales de la educación respecto al aprendizaje sobre el TDAH se refiere.

Los datos de la muestra de acciones formativas relativos a los contenidos se reparten, según el número de acciones formativas impartidas en cada apartado de la clasificación, como se expone en la siguiente tabla.

Contenidos	Nº acciones formativas impartidas
Formas de trabajo con afectados	2
Contenidos genéricos no especializados	11
Dos de los grupos	7

Tres de los grupos	10
Cuatro de los grupos	16
Todos los grupos	14
No aplicable	7

Tabla 22. Datos numéricos de la clasificación de programas, criterio: contenido. Fuente: Elaboración Propia.

Se describen así los resultados que serán interpretados a continuación. A partir de estos datos derivarán una serie de pautas y recomendaciones para que en el futuro las nuevas actividades de formación que se diseñen destinadas a los profesionales de la educación relativas al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad cubran las necesidades de la forma más eficaz posible.

6.2. INTERPRETACIÓN DE DATOS

Como ya se ha indicado con anterioridad la presente tesis doctoral tiene entre sus principales objetivos analizar las acciones formativas sobre TDAH ofertadas para los profesionales de la educación en Andalucía.

En el apartado desarrollado en líneas superiores se han descrito y analizado de forma individual por criterios los resultados que componen nuestra muestra. A continuación, pasaremos a interpretar lo analizado relacionando los resultados y teniendo en cuenta los criterios descritos anteriormente.

Una vez que disponemos de los resultados organizados podemos pasar a realizar relaciones e inferencias sobre los mismos. Siguiendo a Tashakkori y Teddlie (2008) entendemos que las inferencias deben ser congruentes entre sí y entre ellas y los resultados del análisis de los datos, alcanzando de esta forma lo que llaman la consistencia interpretativa.

Para realizar la interpretación se tendrá en cuenta a partir de este punto de la investigación la separación por tipología. En el apartado anterior los datos fueron expuestos atendiendo a los criterios y a valores globales, incluyendo ambas tipologías.

En los siguientes apartados, se exponen los datos que nos facilitarán la realización de inferencias y la visualización de conexiones o la carencia de ellas. Mediante las tablas utilizadas conoceremos tanto los valores correspondientes para cada tipología como el número total de acciones formativas de la muestra.

Aunque los valores totales ya han sido expuestos anteriormente en profundidad hemos considerado conveniente añadir una columna más para clarificar los resultados obtenidos.

Para facilitar la visualización comparativa además de la tabla en la que se exponen los datos numéricos hemos incluido un gráfico en el que a través de colores podemos observar la relación o ausencia de ella entre unos y otros parámetros.

6.2.1 Relación Reglada y No Reglada, criterio: Modalidad

Los valores numéricos que han resultado de la indagación en el criterio de Modalidad son los que aparecen en la tabla a continuación.

	Reglada	No Reglada	Total muestra
Online	1	42	43
A distancia	2	8	10
Presencial	6	0	6
Semipresencial	2	4	6
Dos modalidades	1	1	2

Tabla 23. Datos numéricos relación Reglada y No Reglada. Criterio: modalidad. Fuente: Elaboración Propia.

Para facilitar la visualización de los valores hemos utilizado el gráfico bajo estas líneas, con el que se puede observar con claridad la diferencia entre los valores pertenecientes a la formación Reglada y No Reglada y, a su vez, las diferencias entre unas y otras modalidades.

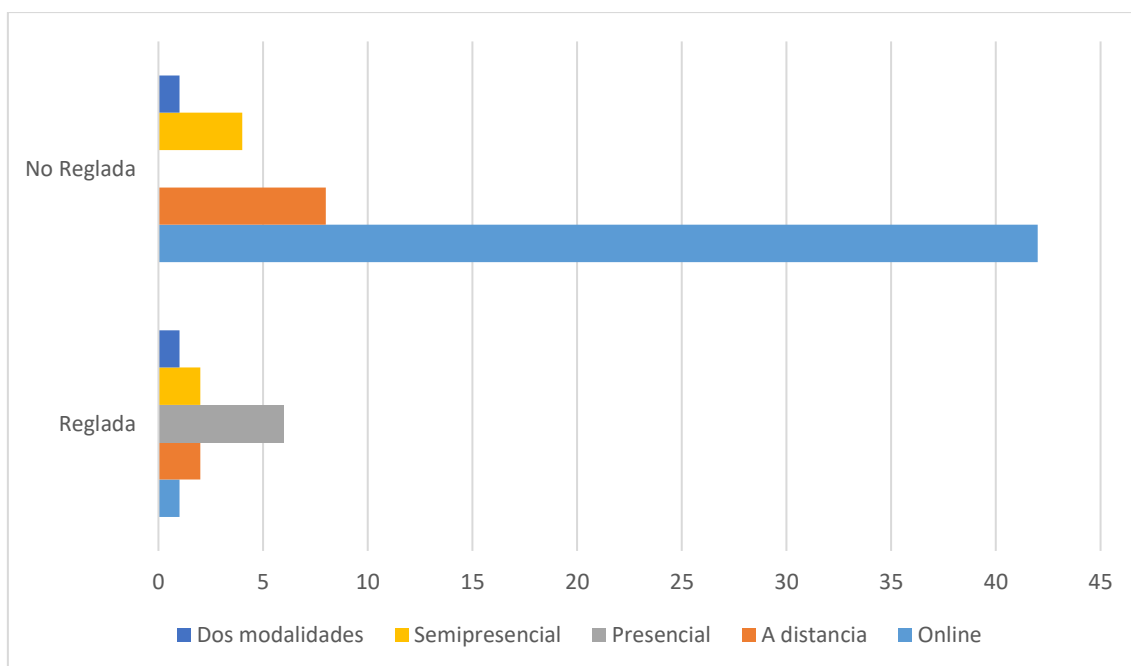


Gráfico 14. Relación Reglada y No Reglada. Criterio: modalidad. Fuente: Elaboración Propia.

En este criterio podemos observar que la gran mayoría de las acciones de formación que componen nuestra muestra pertenecen a la modalidad Online para la tipología No Reglada. Sólo si comparamos ambas tipologías encontramos que en la Formación Reglada prevalece, aunque con valores muy por debajo de los anteriores, la formación presencial.

Se puede deducir que esto ocurre por las características que debían cumplir las acciones formativas para formar parte de nuestra muestra.

Al pretender que sea accesible espacialmente para los profesionales de la educación en Andalucía se ha acotado dejando fuera de nuestra muestra todas aquellas actividades de formación que fuesen presenciales en otras comunidades autónomas.

Sólo se han mantenido aquellas cuya modalidad es semipresencial ya que al ser baja la asiduidad con la que los matriculados en dichas formaciones deberían acudir a los centros pertinentes las consideramos asequibles para los educadores andaluces.

6.2.2 Relación Reglada y No Reglada, criterio: Duración

En segundo lugar, coincidiendo con el orden de criterios realizado en el apartado anterior, expondremos los datos relativos a la Duración. En este criterio debemos tener en cuenta, además, la dualidad existente entre horas y Créditos ECTS.

Comenzaremos por los datos medidos en horas:

	Reglada	No Reglada	Total muestra
0-150	3	22	25
151-300	0	12	12
301-500	0	6	6
501-1500	2	6	8
1500-3000	0	4	4

No hay datos	7	5	12
--------------	---	---	----

Tabla 24. Datos numéricos relación Reglada y No Reglada. Criterio: duración, horas. Fuente: Elaboración Propia.

Podemos observar que las acciones formativas pertenecientes a la formación de tipología Reglada no ofrecen, en su mayoría, datos sobre las horas de duración de su actividad. Consideramos que esto ocurre porque, como veremos más adelante, el dato correspondiente a la duración aparece reflejado en Créditos ECTS.

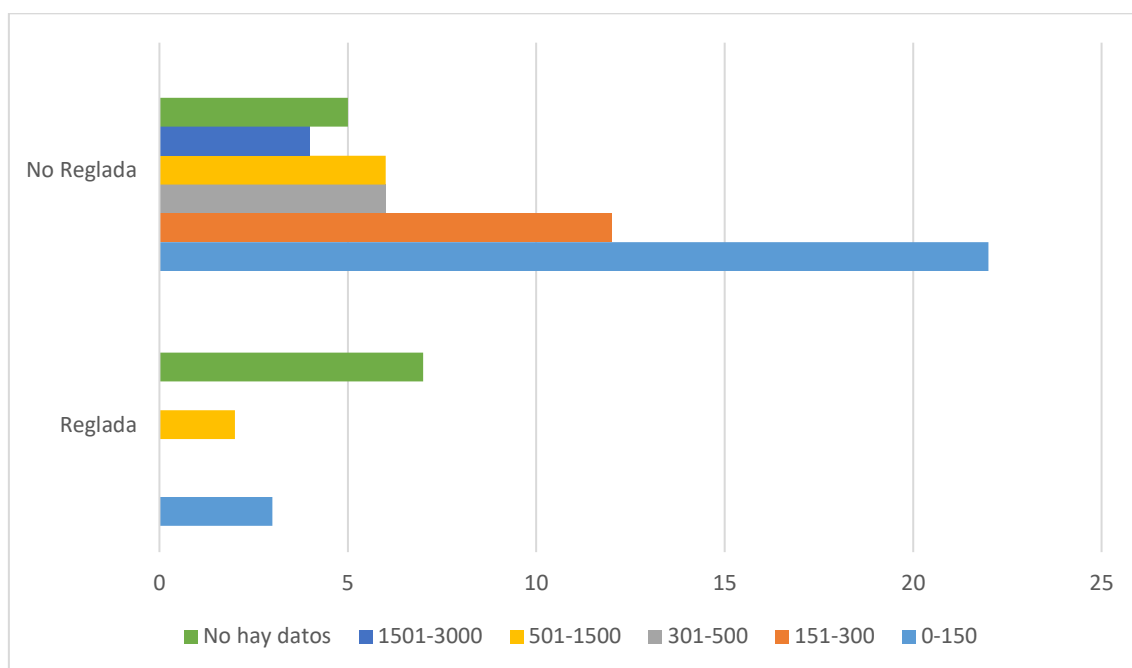


Gráfico 15. Relación Reglada y No Reglada. Criterio: duración, horas. Fuente: Elaboración Propia.

Mediante el gráfico corroboramos lo comentado en líneas anteriores. Los valores de la tipología Reglada medida en horas son escasos comparados con la cantidad y variedad que nos ofrece la No Reglada. Continuamos con el criterio de Duración pero ahora atendemos a los datos obtenidos observando como medida los Créditos ECTS:

	Reglada	No Reglada	Total muestra
0-10	1	13	14
11-30	1	3	4
31-80	6	4	10
81-120	0	4	4
No hay datos	4	31	35

Tabla 25. Datos numéricos relación Reglada y No Reglada. Criterio: duración, ECTS. Fuente: Elaboración Propia.

Comprobamos que atendiendo a los créditos, el número de acciones formativas de la tipología Reglada aumenta.

Debemos tener en cuenta que existe una diferencia numérica llamativa entre la muestra dependiendo de la tipología, siendo muy elevada la cantidad de la formación No Reglada comparativamente con la Reglada.

Es por este motivo por el que también en esta medida prevalece numéricamente la formación No Reglada sobre la Reglada, pero sí podemos observar un leve descenso en las cantidades comparativamente con las medidas en horas.

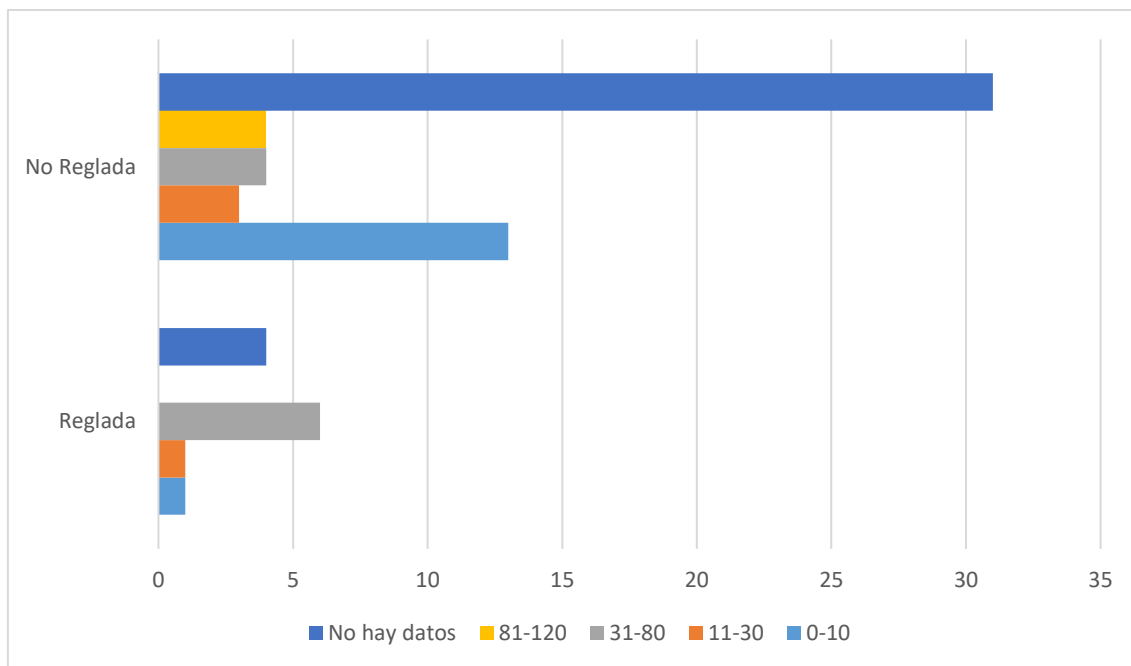


Gráfico 16. Relación Reglada y No Reglada. Criterio: duración, ECTS. Fuente: Elaboración Propia.

Además de los datos ya mostrados en las tablas y gráficas anteriores nos parece pertinente exponer cuántas de las actividades formativas que componen nuestra muestra ofrecen datos en ambas medidas, horas y créditos ECTS.

En la obtención de resultados se ha tenido en cuenta en pos de evitar la duplicación de resultados. Esto relaciona la correspondencia entre horas y créditos ECTS que otorgan las entidades organizadores de las acciones formativas.

Aunque no es nuestra labor analizar la adecuación o no de la relación entre ambas medidas, hemos considerado que podría interesar informar de este dato.

También nos ha parecido pertinente expresarlo para que pueda ser utilizado en futuros estudios para los que sí fuese significativa la relación entre tipologías y medidas de duración.

En la siguiente tabla (Tabla 23) podemos observar los datos relativos a las formaciones en las que hemos obtenido datos tanto en valores de horas como de créditos ECTS.

Horas	Reglada	No Reglada	Créditos ECTS	Reglada	No Reglada
0-150	1	1	0-10	1	13
151-300	0	5	11-30	0	1
301-500	0	4	31-80	1	1
501-1500	1	5	81-120	0	4
1501-3000	0	4	No hay datos	1	0
No hay datos	1	0			

Tabla 26. Relación acciones formativas con ambos valores del criterio duración. Fuente: Elaboración Propia.

En los resultados en que han coincidido ambas medidas la correspondencia más repetida ha sido 1 crédito ECTS por cada 25 horas, algunos de ellos por cada 20 horas.

Encontramos como excepción las acciones formativas impartidas por la entidad EuroInnova en la que las actividades que ofertan tienen homologados 4 créditos ECTS, mientras que las horas de dedicación oscilan entre 150 y 710 horas.

Consideramos que esto puede ocurrir porque el organizador de las formaciones no ha conseguido la acreditación de todas las horas.

6.2.3 Relación Reglada y No Reglada, criterio: Homologación

El criterio Homologación se convierte en relevante en relación, ya que implica parte del interés principal de las personas que lo cursen.

Hoy en día la certificación que a obtener demuestra la posesión de las destrezas y conocimientos y dependiendo del valor de la misma nuestro Currículum Vitae adquiere, o no, mayor valor en comparación con los demás aspirantes.

	Reglada	No Reglada	Total muestra
Universidad Privada	0	30	30
Universidad Pública	11	0	11
Entidad sin ánimo de lucro	0	9	9
Entidad privada de formación	0	7	7
Entidad Pública	1	3	4
No hay datos	0	6	6

Tabla 27. Datos numéricos de la clasificación de programas atendiendo a tipologías, criterio: homologación.
Fuente: Elaboración Propia.

Como podemos observar, tanto en la tabla anterior (Tabla 24) como en el gráfico siguiente (Gráfico 17) encontramos mayor variedad en la oferta No reglada, siendo mayoritaria la homologación por parte de Universidades Privadas.

Algunas de las entidades que ofertan estas acciones formativas tienen convenios con Universidades Privadas que convalidan dichos títulos, por ello se puede cursar con el organismo que lo oferta y obtener el título homologado con la universidad con la que tienen el acuerdo.

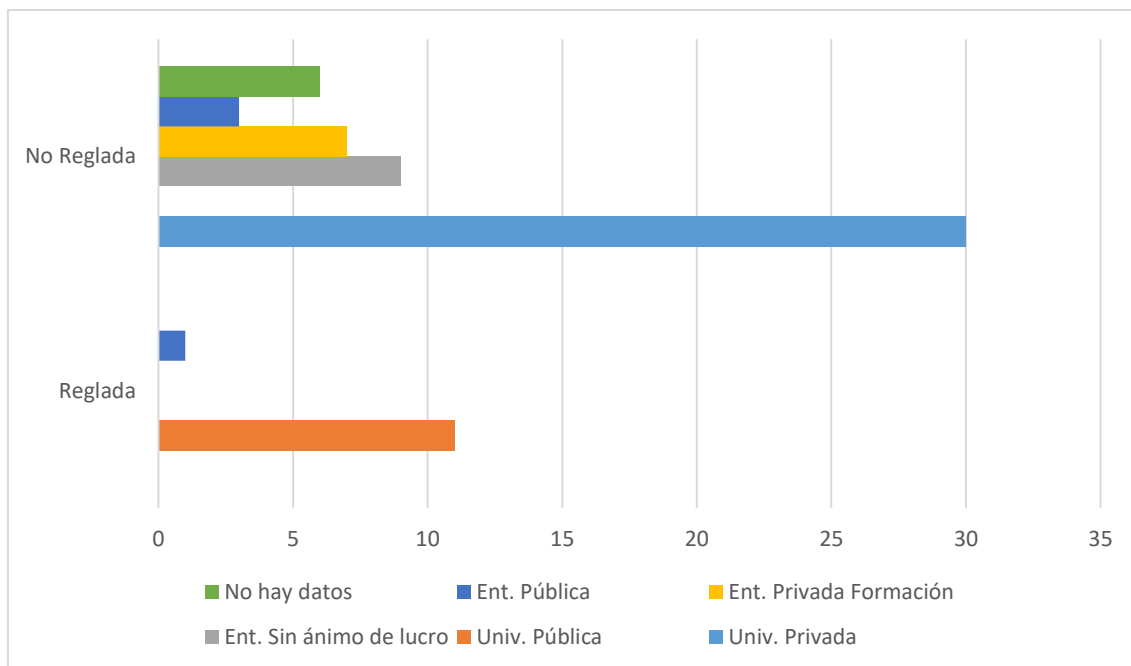


Gráfico 17. Relación Reglada y No Reglada. Criterio: homologación. Fuente: Elaboración Propia.

Por otro lado, centrándonos en la formación Reglada, observamos que la totalidad de los resultados homologan sus actividades de formación de forma pública, siendo quien expide las titulaciones bien Universidades Públicas, bien entidades públicas.

Esto suele resultar atractivo para los profesionales que buscan, además de conocimientos sobre una temática particular, la utilidad en la baremación y la facilidad para la convalidación de títulos que sumen en las puntuaciones para oposiciones y requerimientos a puestos autonómicos o estatales.

6.2.4 Relación Reglada y No Reglada, criterio: Contenido

La última de las tablas a partir de las que podremos realizar la interpretación de los datos y las inferencias según los resultados obtenidos es la relativa al Contenido.

Con este criterio obtendremos la información clave sobre qué tipo de aprendizaje podrán obtener los profesionales de la educación que cursen estas acciones formativas.

Además nos interesa organizar las actividades de formación según la profundidad que alcancen en los conocimientos sobre Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Para ello hemos dividido los posibles contenidos en las categorías que aparecen en la página a continuación.

Entendemos que cuantas más categorías incluya una actividad en sus contenidos, mayor se estima que será el conocimiento que se puede adquirir sobre el TDAH.

Para conocer cuáles son las acciones de formación que desarrollan en mayor grado sus contenidos sobre la temática hemos creado las categorías *dos valores*, *tres valores*, *cuatro valores* y *todos los valores*. De esta forma agrupamos en una sola categoría varias de ellas.

La categoría nombrada como *Contenidos globales sin profundizar* se refiere, como se ha dicho en apartados anteriores, a aquellas formaciones que engloban contenidos de diversa índole sin profundizar en ninguno de ellos.

Contenidos globales sin profundizar
Base histórica - teórica
Base neuro-biológica
Formación metodológica
Formas de trabajo
Evaluación y diagnóstico
Dos valores
Tres valores
Cuatro valores
Todos los valores

Figura 29. Categorías iniciales de contenidos del criterio: Contenido. Elaboración Propia.

Tras organizar los resultados de este criterio hemos podido comprobar que algunos de ellos no se daban de forma individual en ninguna actividad formativa.

Por el contrario que siempre aparecían con algún otro, pasando a pertenecer entonces a una de las categorías que agrupa varias.

	Reglada	No Reglada	Total muestra
Formas de trabajo con afectados	0	2	2
Contenidos globales sin profundizar	6	5	11
Dos de los grupos	0	7	7
Tres de los grupos	0	10	10
Cuatro de los grupos	1	15	16
Todos los grupos	1	13	14
No aplicable	4	3	7

Tabla 28. Datos numéricos de la clasificación de programas atendiendo a tipologías, criterio: Contenidos.
Fuente: Elaboración Propia.

Podemos observar que las categorías *Base histórica-teórica*, *Base neuro-biológica*, *Formación metodológica* y *Evaluación y diagnóstico* no aparecen en la tabla anterior ni estarán reflejadas en los resultados.

Esto sucede porque ninguna de ellas se da en las acciones formativas en solitario y, por tanto, ya han sido incluidas en las categorías que aglutinan varios valores.

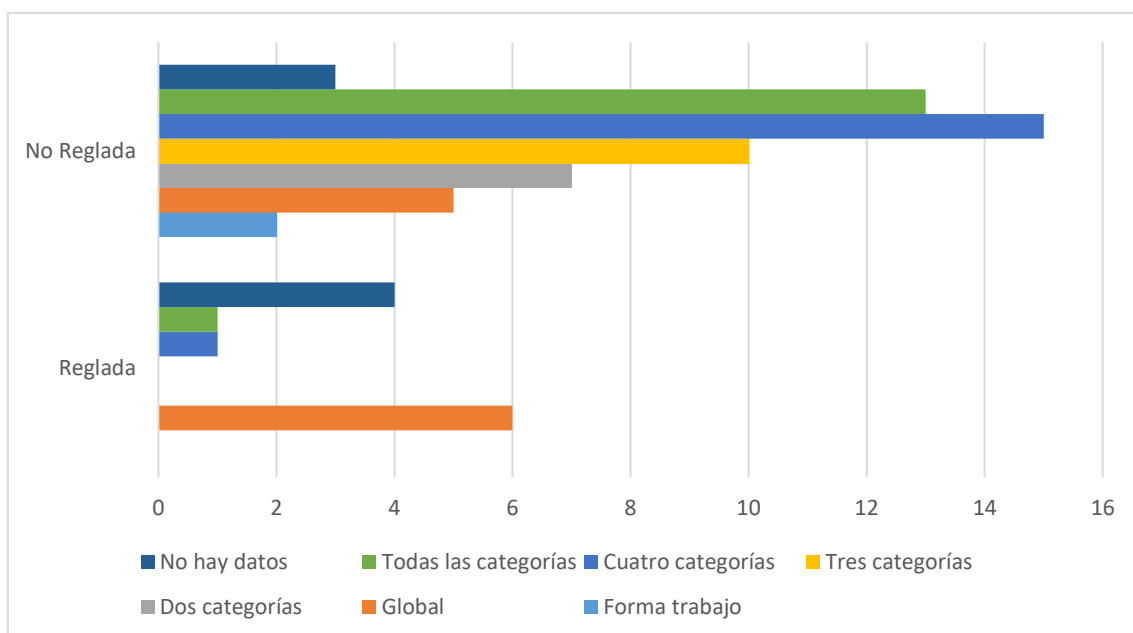


Gráfico 18. Relación Reglada y No Reglada. Criterio: Contenidos. Fuente: Elaboración Propia.

El gráfico nos muestra la prevalencia de los contenidos genéricos sin especialización en la tipología Reglada, mientras que en la No Reglada el mayor valor lo adquiere la categoría que aglutina cuatro de las categorías expuestas anteriormente, seguido muy de cerca por el valor que agruparía todas las categorías.

Encontramos así que en la formación No Reglada existe una mayor variedad en contenidos y un número elevado de la muestra de esta tipología profundiza en un alto grado en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

6.2.5 Relación criterios: Duración y Contenido

De todos los criterios son los que hemos denominado duración y contenido los que consideramos más interesantes en cuanto a relación.

Partimos de la idea de que a mayor número de horas, mayor será la profundización en el contenido. Para comprobar si se produce esta relación proporcional vamos a tener en cuenta los datos de ambos criterios, incluyendo las dos medidas del criterio duración.

Para comprobar esta relación debemos conocer los datos de cada acción formativa que coincidan teniendo los máximos valores en duración (una u otra medida) y contenidos.

Como queremos conocer el grado de especialización de las acciones formativas vamos a tener en cuenta aquellas en las que los contenidos aglutinan todos los valores

agrupados para analizar. En la tabla a continuación podremos observar las actividades de formación que cumplen estos criterios.

Para ello utilizaremos la denominación otorgada en el capítulo anterior. Para la tipología se utilizarán las iniciales, correspondiendo *NR* a la Formación No Reglada y *R* a la Formación Reglada.

Los valores en duración y contenidos se harán según los grupos de valores a los que pertenezcan, es decir, si una acción formativa se imparte en 660 horas en nuestra tabla aparecerá como 501-1500; ya que es el grupo al que pertenece.

Podemos observar que en la tipología No Reglada hay 12 actividades de formación cuyos contenidos incluyen todos los que hemos considerado en nuestra investigación, mientras que de Reglada sólo tenemos una formación que cumpla con este requisito.

Nuestra denominación	Tipología	Duración: horas	Duración: ECTS
17. SERCA	NR	501-1500	31-80
18. SERCA	NR	1501-3000	81-120
19. SERCA	NR	1501-3000	81-120
20. SERCA	NR	1501-3000	81-120
21. SERCA	NR	1501-3000	81-120
22. SERCA	NR	301-500	11-30
32. EUROINNOVA	NR	151-300	Ø
33. EUROINNOVA	NR	301-500	0-10
37. EUROINNOVA	NR	151-300	0-10

40. EDUCA BUSINESS	NR	301-500	0-10
47. EDUCA BUSINESS	NR	151-300	0-10
51. INESEM	NR	Ø	31-80
62. R_UNIA	R	Ø	11-30

Tabla 29. Entidades, número de actividades ofertadas y porcentajes correspondientes respecto a la totalidad de la oferta formativa. Fuente: Elaboración Propia.

Si atendemos a la duración por horas obtenemos los resultados que aparecen en el Gráfico 19, a continuación.

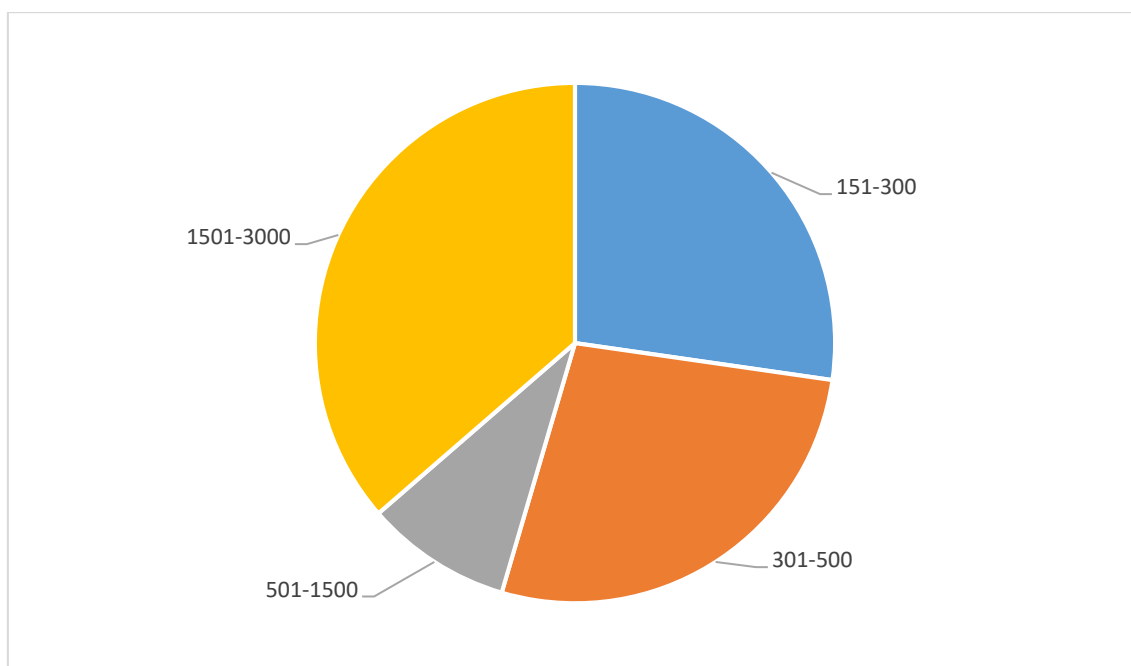


Gráfico 19. Actividades con valor *todos* en el criterio contenidos. Criterio: duración, horas. Fuente: Elaboración Propia.

Mientras que si prestamos atención a la duración medida en créditos ECTS los resultados serán los que aparecen a continuación:

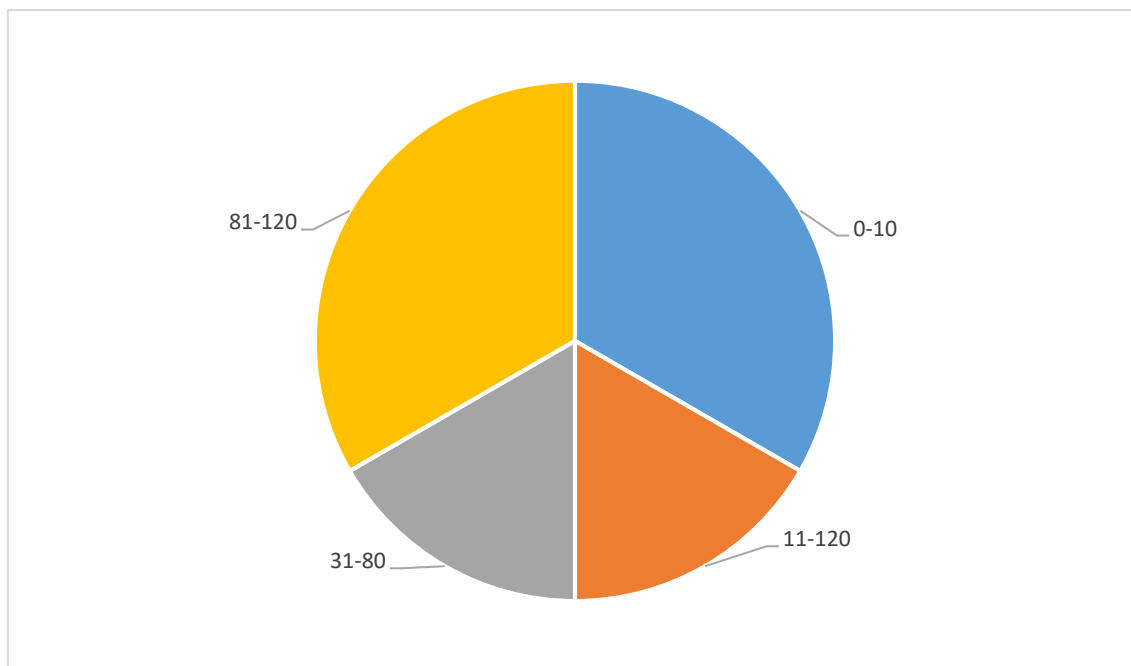


Gráfico 20. Actividades con valor *todos* en el criterio contenidos. Criterio: duración, ECTS. Fuente: Elaboración Propia.

6.3. CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Este es uno de los capítulos más relevantes de nuestro trabajo de investigación. En él se muestran los resultados obtenidos y se analizan los datos con el fin de conocer, en nuestro caso, cómo es la oferta formativa sobre Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad a la que pueden acceder los profesionales de la educación en Andalucía.

- Por lo general la oferta formativa existente es de corta duración.

Bien atendamos a los créditos ECTS o a la duración medida en horas podemos observar que gran parte de las actividades de formación estudiadas pertenecen a los grupos de duración cuyos valores son más bajos, o intermedios. Siendo mínima la cantidad que pertenece a la cantidad de horas o créditos ECTS más elevados.

- Podemos afirmar que la oferta de acciones de formación pertenece, con una amplia mayoría al sector privado.

De las trece actividades formativas que cumplen con la característica de pertenecer a la categoría *todos* del criterio Contenidos, y por tanto al grupo de acciones más completo, sólo una pertenece a la Formación Reglada.

Consideramos que cuanto mayor sea el nivel de conocimientos alcanzable mediante una formación mayor será también el interés que podrá despertar en los posibles alumnos. Por ello es relevante tener en cuenta el criterio Contenidos.

- En relación con los contenidos muchas de las acciones de formación que pertenecen a nuestra muestra, 40 de 67, contienen entre sus contenidos al menos tres de los subgrupos que hemos creado para el análisis.

De estos resultados podemos interpretar que sí existe profundización en la materia, ya que la mayoría de las formaciones abarcan tres o más grupos de contenidos. Consideramos que esto se debe, probablemente, a dos causas:

- Es necesario ofrecer formación en todas las áreas relacionadas con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad debido al desconocimiento inicial de la mayoría de las personas que se inscriben en estas acciones de formación.
- La sociedad, y en concreto el ámbito laboral, valora positivamente la especialización de los profesionales en los campos de conocimiento en

que trabajan, por ello se hace mayor hincapié en aspectos concretos que sólo describen el trastorno en cuestión.

- Coincide, respecto a modalidad que la más accesible es también la que siguen mayor número de actividades de formación. Siendo 43 de las 67 acciones formativas las que se ofertan de forma online.

Es lógico que esto sea así ya que la modalidad online permite ofrecer la formación de un modo más cómodo y accesible a un número de personas mucho mayor que cualquiera de las otras modalidades. Es, con diferencia, la forma más popular para impartir cursos de posgrado, de especialización y de continuación de estudios.

- La homologación es otro de los aspectos cuya relevancia puede condicionar la matriculación en una u otra actividad formativa. En nuestra muestra prácticamente la mitad de las formaciones analizadas, 30 de 67, homologa las titulaciones que expide mediante la certificación de una Universidad Privada.

El certificado que recibe quien cursa una acción formativa puede tener valor decisorio ante la elección de una formación u otra, como ya se ha comentado en apartados anteriores. Es especialmente relevante la validez de la titulación obtenida con respecto a la utilidad que tendrá posteriormente para la persona que haya cursado la formación.

CAPÍTULO 7:

RECOMENDACIONES PARA EL DISEÑO DE ACTIVIDADES DE FORMACIÓN PARA EL ABORDAJE EDUCATIVO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

7.1 ¿Por qué recomendaciones para el diseño de actividades de formación para el abordaje educativo del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad?

7.2 Datos a conocer de una actividad formativa

7.2.1 Datos de la entidad

7.2.2 Datos de la actividad ofertada

7.2.3 Datos estadísticos

7.2.4 Datos de interés académico

7.2.5 Datos económicos de interés

7.3 Contenidos para una acción formativa sobre TDAH dirigida a profesionales de la educación

7.4 Objetivos a cumplir por las futuras formaciones sobre TDAH dirigidas a profesionales de la educación

CAPÍTULO 7

RECOMENDACIONES PARA EL DISEÑO DE ACTIVIDADES DE FORMACIÓN PARA EL ABORDAJE EDUCATIVO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.

*El aprendizaje no se consigue por casualidad,
se debe buscar con ardor y diligencia.
- Abigail Adams*

Desde el inicio de este trabajo de investigación se ha tenido presente que una de las variables más relevantes para favorecer durante la etapa escolar a los afectados con TDAH son los docentes.

Ellos son los agentes con los que el escolar pasa mucho tiempo durante su vida en el centro. El grado de especialización o profundización que posea el profesorado sobre el abordaje educativo del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad facilitará los procesos de enseñanza-aprendizaje con estos alumnos.

El diseño adecuado de la formación que reciban los profesionales de la educación sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad facilitará, no sólo la toma de conciencia y sensibilización sobre el trastorno, sino también la implementación de medidas de apoyo y seguimiento tanto a nivel institucional, como en el espacio de trabajo de aula.

7.1 ¿POR QUÉ RECOMENDACIONES PARA EL DISEÑO DE ACTIVIDADES DE FORMACIÓN SOBRE EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD?

Una vez es reconocida la necesidad de que los docentes tengan los conocimientos adecuados para trabajar en las aulas con los afectados de este trastorno se ha analizado la oferta formativa para estos profesionales en Andalucía.

Tras la interpretación de los resultados obtenidos, en el capítulo anterior, se puede afirmar que la oferta formativa existente hasta ahora para los profesionales de la educación en Andalucía en relación con la temática abordada:

- Parte, principalmente, de entidades y organizaciones privadas.
- Es, en su mayoría, de modalidad online.
- Suele ser de corta duración.
- En la mayor parte de las formaciones que componen la muestra, la homologación de las certificaciones es expedida por universidades privadas.
- Los contenidos ofrecidos suelen englobar varios campos de conocimiento relacionados con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. En un 14% se incluyen tres de las categorías seleccionadas para el análisis, el 22% incluye cuatro de estas categorías y un 19% las incluye todas.

En los capítulos anteriores se ha realizado el análisis teórico sobre la temática y se ha investigado cuál es la oferta formativa a la que pueden acceder los profesionales de la educación andaluces.

En el presente capítulo, partiendo de la información obtenida, se exponen una serie de recomendaciones para el diseño de nuevas acciones formativas.

Hemos constatado la existencia de multitud de formaciones sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad dirigidas a los profesionales de la educación, nuestra muestra se compone de 67 de ellas.

Tras el análisis de éstas podemos afirmar que, a pesar de la diversidad de entidades que ofertan estas actividades de formación, continúan existiendo carencias de conocimiento de los docentes respecto al TDAH.

En un principio este trabajo de investigación contemplaba la idea de realizar, llegados a este punto, una propuesta de acción formativa sobre el trastorno cuyos destinatarios fuesen los profesionales de la educación.

Posteriormente, según se ha avanzado en el proceso de investigación se han encontrado además de las propias formaciones, multitud de cuadernos, talleres, libros, artículos e investigaciones donde se ofrece información sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Existen documentos con recomendaciones para familias y profesores, libros en los que se explican pautas para actuar ante ciertos comportamientos comunes, consejos sobre qué hacer o no en cada ocasión.

Es por esto que se ha considerado conveniente, en lugar de crear una propuesta más, realizar una breve guía con recomendaciones a seguir por aquellos que deseen diseñar una acción formativa sobre TDAH para los profesionales de la educación.

Para que las recomendaciones que se proponen sean adecuadas, y con el objetivo de minimizar las carencias detectadas, han sido realizadas teniendo en cuenta lo interpretado en el análisis de los resultados de nuestra investigación.

Las propuestas elaboradas se han organizado atendiendo a dos elementos:

- Datos básicos para la difusión de las acciones formativas
- Contenidos pertinentes para el diseño de acciones formativas relacionadas con el abordaje psicopedagógico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad dirigidas a los profesionales de la educación, y muy especialmente, a los profesionales docentes.

La propuesta que se elabora a partir de los resultados obtenidos, pretende servir de guía para facilitar y mejorar el diseño de futuras actividades de formación dirigidas a los destinatarios comentados en líneas superiores.

Asimismo se busca que la formación abarque los contenidos esenciales que un profesional de la educación habría de poseer para desarrollar de forma adecuada su docencia en las aulas en las que al menos un alumno esté afectado por el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Consideramos que este trabajo de investigación pone de manifiesto las carencias existentes tanto en la forma como en el contenido de las actividades formativas que componen la muestra.

Éstas tienen como destinatarios principales aquellos profesionales que deben favorecer día a día el proceso de aprendizaje de los afectados por el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Para paliar las limitaciones detectadas estimamos fundamental ofrecer algunas recomendaciones generales que consideramos pertinentes para el diseño de futuras propuestas formativas sobre esta temática.

Estas consideraciones están dirigidas a las asociaciones, organizaciones, entidades y demás instituciones cuya intención sea crear una nueva formación. Es importante esta aclaración ya que a continuación no se expondrán contenidos o pautas de actuación.

La finalidad de la propuesta que se ofrece radica en orientar en la toma de decisiones a los responsables del diseño de programas y acciones formativas especializadas en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Estas decisiones deben ser tomadas desde un punto de vista psicopedagógico, para que las actividades formativas planeadas se ajusten a las necesidades de los destinatarios de dichas acciones y a las exigencias profesionalizadoras asociadas al abordaje educativo de los afectados por TDAH.

7.2. DATOS A CONOCER DE UNA ACTIVIDAD FORMATIVA

Una vez se ha definido cuál es el objetivo principal de la realización de estas recomendaciones vamos a desarrollar a continuación una serie de puntos que toda acción formativa debería, bajo nuestro criterio y, a partir de los resultados obtenidos, ofrecer a los destinatarios de la formación.

En nuestra investigación hemos encontrado organismos cuya información aparece de forma accesible para cualquier persona que realice la búsqueda, y otros cuyos datos nos ha resultado realmente complicado obtener y, en algunos caso, no ha sido posible incluir entre la información analizar.

Esta diversidad en la información que los interesados obtienen de las acciones formativas que pretenden realizar nos ha llevado a elevar las recomendaciones que exponemos en la siguiente figura:



Figura 30. Datos a conocer de una actividad formativa. Fuente: Elaboración Propia.

7.2.1. Datos de la entidad

Estos datos hacen referencia a la información que podemos obtener sobre el organismo que ofrece la actividad formativa. Son importantes para conocer desde dónde se

organiza, si pertenece o no a un grupo mayor de asociaciones o centros de formación, las formas de contacto para solventar dudas y demás.

Los datos que se han considerado esenciales respecto a la información que la entidad debe ofrecer sobre sí misma son las que aparecen a continuación:

- Nombre de la entidad organizadora
- Centro privado o público
- Localización física, web y datos de contacto

7.2.2. Datos de la actividad ofertada

Si importantes son los datos de la entidad que oferta la actividad más relevancia adquieren aún para los profesionales interesados los datos de la propia actividad. La información que consideramos esencial respecto a la actividad ofertada en sí son:

- Nombre
- Modalidad
- Destinatarios
- Requisitos de matriculación
- Objetivos
- Competencias que se entrenan
- Contenidos

Además del nombre, que en la mayoría de los casos ya nos deja ver qué ámbitos se van a trabajar, es necesario conocer la modalidad.

Que una actividad sea impartida de forma presencial, semipresencial, a distancia, online o que convine varias de estas opciones condicionará el acceso a la actividad y por tanto que se mantenga o no el interés en ella.

Algunas de las acciones formativas tendrán como destinatarios un grupo concreto de profesionales que, por el contenido que se imparte en ellas, podrán estar más interesados en la formación concreta que se oferte.

Esta información también debe estar visible, en su caso, así como los requisitos académicos de matriculación. De esta forma los interesados tendrán claro desde un primer momento sus opciones de acceso.

Es imprescindible dar a conocer cuáles son los objetivos de la formación que se ofrece, así se dan a conocer los conocimientos, destrezas y habilidades (competencias) que se espera que el alumno adquiera durante el proceso de aprendizaje llevado a cabo en la acción formativa.

La última de las informaciones necesarias respecto a la actividad formativa es qué contenidos la conforman. Este apartado será de los más consultados por los profesionales interesados y por tanto debe ser expuesto de forma clara, sin ambigüedades ni datos confusos.

En los resultados hemos encontrado desde entidades que detallan de forma pormenorizada cada uno de los puntos a trabajar hasta otras en las que los contenidos simplemente son enunciados globales.

Consideramos que una especificación adecuada de qué contenidos va a trabajar el estudiante favorecerá el interés de éste en la formación, ya que conoce previamente el beneficio que representará para su nivel de conocimientos y en qué se centrará la acción formativa. En páginas posteriores se retomará este elemento por su importancia para favorecer una práctica educativa profesionalizadora.

7.2.3. Datos estadísticos

A priori, pudiera parecer que este punto no tiene porqué despertar especial interés entre los posibles estudiantes de una formación.

Hemos considerado su pertinencia al entender que cuanto mayor sea la transparencia de la actividad formativa para el profesional que busca información sobre ella, mayor será también la probabilidad de que finalmente se matricule.

Estos datos que, como hemos comentado, pudieran parecer irrelevantes podrían ser significativos para la decisión de estudiantes indecisos.

También favorecen la generación de una idea aproximada del tiempo de dedicación necesario para finalizar con éxito la actividad y por tanto ayuda a la planificación individual para la realización de la misma.

Por lo comentado previamente, se sugiere que los datos susceptibles de ser incluidos en la difusión de la oferta formativa habrían de incluir información referida a:

- N° estudiantes máximo.
- Duración mínima recomendada para realizar la acción formativa.
- Duración máxima recomendada para realizar la acción formativa.
- Duración media en realizar la actividad de los alumnos que ya la han finalizado.

7.2.4. Datos de interés académico

Dado que estamos ante acciones formativas, los datos académicos con repercusión en el contexto laboral adquieren especial importancia.

Los destinatarios de estas actividades podrán realizar las mismas, bien por interés en ampliar sus conocimientos sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, sea por las propias necesidades del contexto profesional, o bien por necesidad de desarrollo profesional.

Es común entre las personas que se matriculan en estas acciones formativas que el interés inicial surja por alguna de las motivaciones anteriores.

Los datos con mayor repercusión en la toma de decisión entre varias actividades de formación suelen ser los referentes a la homologación de la titulación, el organismo que la expide y la validez tras superar de forma exitosa la formación.

Vivimos en una sociedad en la que la demostración constante, mediante certificaciones, de los conocimientos y habilidades que poseemos se ha convertido en imprescindible para tener opciones laborales.

Por este motivo es necesario conocer qué entidad homologará nuestra titulación tras la finalización exitosa de la acción formativa y qué validez tendrá ante una entrevista laboral o el baremo de un concurso de oposiciones, por ejemplo.

Como se ha comentado en líneas anteriores los elementos que, bajo nuestro criterio tras los resultados de la investigación, deberían conformar el apartado relativo al reconocimiento académico y credencial son:

- Denominación de la titulación
- Tipología: Reglada / No Reglada
- Entidad que homologa la titulación
- Validez de la titulación

7.2.5. Datos económicos de interés

Las entidades que ofrecen acciones formativas, sobre todo en el caso de las privadas, suelen publicar que sea el interesado quien solicite información para conocer el precio.

Esta información es imprescindible en la toma de decisiones sobre la viabilidad o no para matricularse en una actividad, por ello el estudiante debería poseer estos datos desde un comienzo.

La situación económica actual puede llevar a tomar la decisión de realizar o no una formación con la única condición de la cuantía necesaria para la matriculación.

Multitud de organismos ya ofrecen, por este motivo, reducciones o matrículas becas si se cumplen una serie de características. Este dato también se convierte en indispensable, ya que podría ser la única vía de acceso para algunas personas.

En este apartado, referido al ámbito económico que repercute en las acciones formativas, los elementos básicos que se sugieren son los siguientes:

- Precio de la actividad
- Posibles reducciones/ estudiantes becados
- Formas de pago

7.3 CONTENIDOS PARA UNA ACCIÓN FORMATIVA SOBRE TDAH DIRIGIDA A PROFESIONALES DE LA EDUCACIÓN

En el apartado anterior hemos desarrollado los elementos que en la difusión de dichas acciones formativas habrían de incluirse.

A continuación, nos centraremos en aquellas características que consideramos podrían conformar un cuerpo adecuado de contenidos para estas actividades de formaciones relacionadas con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad cuyos destinatarios son los profesionales de la educación.

Para cualquier acción formativa los contenidos son una parte esencial, pero adquieren incluso más importancia cuando esta formación tiene entre sus objetivos cubrir una carencia de conocimientos que ya han sido demostrados como necesarios.

Tras el análisis del criterio Contenidos de las actividades formativas que componen la muestra se ha determinado agrupar los mismos en las siguientes categorías:

- Base histórica-teórica
- Base neuro-biológica
- Formación metodológica
- Formas de trabajo con afectados
- Evaluación y diagnóstico del TDAH
- Contenidos generales versus especializados

Entre los hallazgos obtenidos se ha constatado que la mayoría de las acciones formativas contienen al menos dos de estas categorías.

También hay algunas de las actividades de formación que componen nuestra muestra que, sin profundizar, ofrecen la mayoría de las categorías entre sus contenidos, éstas se han categorizado como generales versus especializados.

Consideramos que para abarcar tanto conocimientos como habilidades sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad las formaciones deberían hacer incidencia en una serie de aspectos específicos que incluyan:

- Conocimientos teóricos interdisciplinarios sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
- Información sobre los enfoques de intervención que fundamentan las propuestas de actuación para el abordaje educativo en los afectados por el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (p.ej., farmacológico, psicológico y psicopedagógico).
- Pautas para la observación y detección de los primeros síntomas que podrían indicar la afección por el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
- Pautas de trabajo que faciliten a los educadores profesionales la cooperación y colaboración familia-escuela y posibiliten un ambiente favorable de aprendizaje.
- Pautas de actuación ante situaciones disruptivas cotidianas en el aula.
- Orientación para posibles adaptaciones curriculares y, muy especialmente, aquellas referidas a las estrategias y procedimientos de evaluación de los aprendizajes de los afectados por el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

7.4 OBJETIVOS A CUMPLIR POR LAS FUTURAS FORMACIONES SOBRE TDAH DIRIGIDAS A PROFESIONALES DE LA EDUCACIÓN

Se ha comentado en capítulos anteriores la necesidad, expresada por los docentes, de poseer conocimientos teóricos y procedimentales sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y cómo trabajar con los afectados.

Es por esto que uno de los objetivos que proponemos sería la realización de convenios o acuerdos con centros educativos, promoviendo y facilitando el acceso a esta formación de los docentes que formen el cuerpo de profesorado de dichos centros.

Además se debe prestar especial atención a los contenidos que se ofrecen en las formaciones cuando éstas son dirigidas a profesionales de la educación.

Los estudiantes de estas acciones suelen ser personas que, en su mayoría, ya están en contacto con la realidad educativa de las aulas. En concreto con las dificultades de aprendizaje y las implicaciones familiares relacionadas con los afectados por TDAH.

Realizar la búsqueda voluntariamente de este tipo de acciones formativas suele surgir por la necesidad de ampliar los conocimientos sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, para mejorar la competencia docente.

Por ello es necesario que los contenidos que son cuerpo de aprendizaje ofrezcan una base teórica y pedagógica en la que cimentar los conocimientos, habilidades y estrategias que posteriormente los docentes podrán poner en práctica en la cotidianidad del aula.

Esta formación debe brindar también pautas y actuaciones específicas ante las situaciones más comunes con las que se encontrará en el aula si entre sus alumnos se encuentra al menos un escolar afectado por el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

El docente debe conocer cómo actuar de forma adecuada ante las situaciones diarias que pueden suceder con los afectados por TDAH. Estos conocimientos reducirán el nivel de ansiedad del profesorado y aumentarán la sensación de control y la autoeficacia docente, tres características que suelen ser especialmente negativas entre el grupo de docentes que solicita formación sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

En el 2010 la Federación Andaluza de Asociaciones de Ayuda al Trastorno Hiperactivo y Déficit de Atención (FAHYDA) publicó un documento en el que exponían las

necesidades que consideran deben ser tenidas en cuenta en el Protocolo andaluz que se iba a elaborar en ese momento.

Esta información, titulada Propuestas de las asociaciones de familiares y afectados por el TDAH para la elaboración del Protocolo de actuación para la detección, diagnóstico y tratamiento del TDAH en Andalucía (2010) puede encontrarse en el Anexo 8 de nuestra investigación.

En este documento se defiende la necesidad de una formación para docentes específica sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad de la siguiente forma:

Teniendo en cuenta la importante labor que han de desempeñar los docentes en la atención educativa de estos menores, consideramos que sería de gran importancia la *implantación de una formación permanente y obligatoria del profesorado*, especialmente en los docentes de las primeras etapas educativas, encaminada al conocimiento del TDAH, para que puedan detectar los posibles casos y adquieran los conocimientos docentes necesarios para una atención adecuada a los alumnos que presentan este trastorno, aplicando posibles adaptaciones curriculares que permitan la normal integración de estos alumnos con el resto del sistema educativo (Federación Andaluza de Asociaciones de Ayuda al Trastorno Hiperkinético y Déficit de Atención, 2010).

Nos encontramos ante un trastorno cuyas peculiaridades son muy diversas, sobre todo teniendo en cuenta la tendencia a la comorbilidad con otros trastornos y problemas de aprendizaje. Esto provoca que cada afectado sea diferente de los demás y por tanto la generalización de respuestas ante provocaciones y situaciones complicadas, como la aparición de comportamientos disruptivos, se hace especialmente compleja.

Por todo esto sería conveniente abarcar en las acciones de formación una amplia cantidad de contenidos sobre el TDAH. Todos aquellos que puedan ser de utilidad para que el docente no pierda el control de la situación y sea siempre la autoridad en el aula. Ampliar los contenidos adecuados implicará, muy probablemente, un incremento en la duración de las actividades formativas.

En nuestro análisis hemos concluido que, por lo general, las formaciones que componen nuestra muestra son de corta duración. Este cambio parece necesario para profundizar adecuadamente en las diferentes temáticas y aspectos relevantes del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Teniendo en cuenta lo comentado en apartados anteriores entendemos que una acción formativa que se dirija a profesionales de la educación y pretenda cubrir las carencias

existentes en los conocimientos que éstos poseen sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad debería proponerse los siguientes objetivos:

- Objetivos en relación con la MODALIDAD ofertada:
 - Ofrecer la mayor accesibilidad posible.
 - Proponer más de una modalidad de enseñanza, para llegar a más estudiantes.
 - Realizar convenios con centros educativos para que todo aquel docente interesado en ampliar sus conocimientos sobre el trastorno pueda acceder cómodamente a estas formaciones.
- Objetivos en relación con la DURACIÓN de la formación:
 - Adecuar el número de horas impartidas a la cantidad de contenidos ofrecidos para profundizar adecuadamente en los mismos.
- Objetivos en relación con la HOMOLOGACIÓN:
 - Mostrar de forma clara quién expide la titulación.
 - Relacionar de forma equitativa la duración de la actividad formativa con las horas/créditos ECTS acreditados.
 - Ofrecer ejemplos reales de la validez de la titulación expedida.
- Objetivos en relación con los CONTENIDOS de la formación:
 - Ofrecer los criterios necesarios para realizar una observación activa para reconocer las características que alertan de un posible afectado por TDAH.
 - Dar a conocer los pasos a seguir y dónde se deben dirigir los docentes que sospechen que debe realizarse una adecuada evaluación diagnóstica.
 - Ofrecer unas nociones históricas y teóricas pedagógicas básicas sobre el desarrollo del trastorno y los enfoques explicativos y de intervención existentes.
 - Brindar una base de conocimientos neuro-biológicos que contextualicen el TDAH como trastorno del neurodesarrollo.

- Dotar de una formación capacitadora para el abordaje del TDAH en la práctica incluyendo aspectos pedagógicos como la adaptación del currículum, las estrategias metodológicas y evaluativas para la docencia con los afectados.
- Proponer formas de trabajo útiles para la cotidianidad en el aula y para favorecer una relación adecuada entre los afectados y sus iguales.
- Ofrecer pautas clave para favorecer una relación positiva con las familias de los afectados.

No se ha considerado pertinente la creación de una propuesta de formación como tal, ya que excede los objetivos de esta investigación.

Por ello hemos estimado más útil que nuestro trabajo de investigación aporte aquellos objetivos que, tras analizar los resultados de la muestra, los diseñadores de acciones formativas deberían entender como relevantes.

CAPÍTULO 8:

CONCLUSIONES

8.1 Revisión de objetivos

8.1.1 Objetivo general

8.1.2 Objetivos específicos

8.2 Limitaciones encontradas durante la investigación

8.3 Respuesta a los interrogantes de investigación

8.4 Conclusiones y reflexiones finales

CAPÍTULO 8

CONCLUSIONES

Debemos creer en el poder y la fuerza de nuestras palabras.

Nuestras palabras pueden cambiar el mundo.

- Malala Yousafzai

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) afecta a un elevado número de escolares. El impacto de este trastorno en el rendimiento académico preocupa a familias y profesionales de la educación.

El docente, como agente activo en el contexto escolar, debe conocer el trastorno, sus características y cómo trabajar con aquellos alumnos que lo padezcan. Sólo así podrá guiar de forma adecuada su aprendizaje y ofrecerle herramientas que favorezcan su desarrollo personal, social, familiar y académico.

Para elaborar este capítulo se hace necesario realizar una valoración global de todo el trabajo de investigación.

El propósito de este estudio ha sido el análisis de la actualidad formativa andaluza en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad dirigida a los profesionales de la educación.

Atendiendo al objeto de investigación presentamos a continuación las conclusiones. Para ello el presente capítulo se ha dividido en cuatro apartados:

- Revisión de objetivos
- Limitaciones
- Respuesta a los interrogantes de investigación
- Conclusiones y reflexiones finales

8.1. REVISIÓN DE OBJETIVOS

En la primera sección de nuestro trabajo de investigación presentábamos los objetivos general y específicos que pretendíamos alcanzar mediante el desarrollo de la misma.

En este apartado los recuperamos con la finalidad de conocer el nivel de logro alcanzado en la investigación.

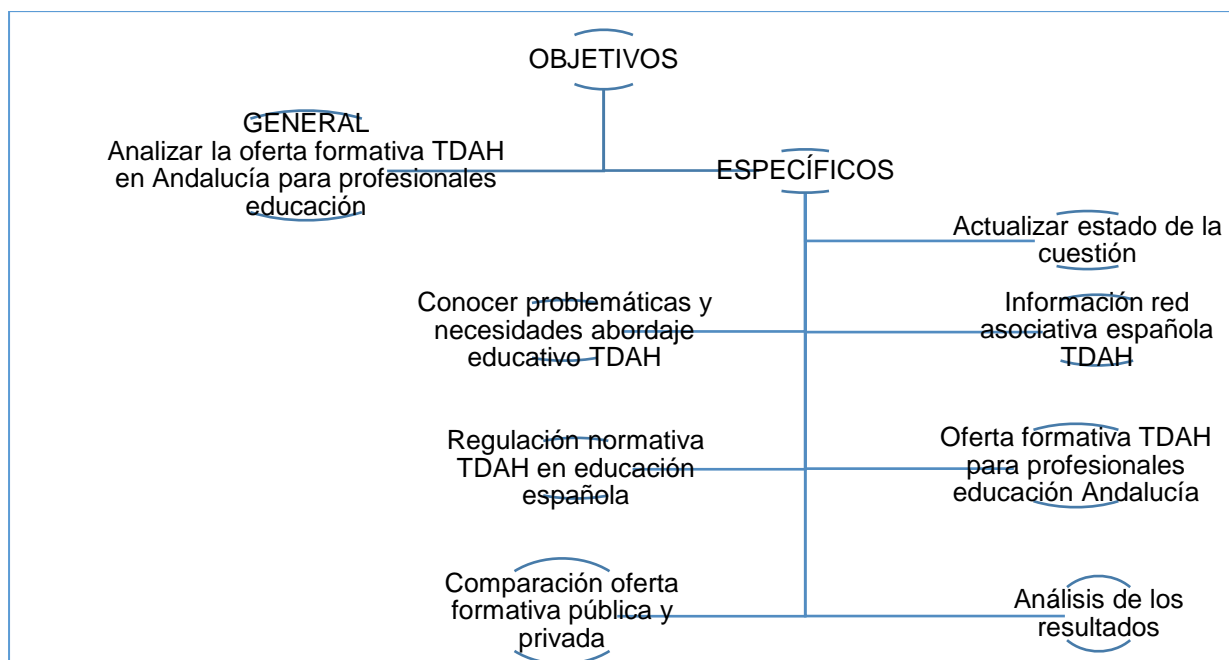


Figura 31. Objetivos general y específicos de la investigación. Fuente: Elaboración Propia.

A continuación explicaremos de forma detallada cada uno de los objetivos. Comenzaremos por el objetivo general, que abarca toda la investigación, para continuar con los objetivos específicos, que hacen referencia a cuestiones concretas de las que se pretendía saber más.

La importancia de este apartado reside en su finalidad: comprobar si se han conseguido alcanzar los objetivos en el transcurso de nuestra investigación.

Parece evidente que debiera de ser así, pero el desarrollo de los trabajos de investigación y las limitaciones imprevistas pueden llevar en algunas ocasiones a que los objetivos no puedan ser cumplidos, o solo se alcancen de forma parcial. Por ello, esta revisión nos permitirá conocer qué objetivos, en caso de que los hubiera, no se han podido llevar a cabo y deben ser trabajados prospectivamente.

8.1.1 Objetivo general

El objetivo *Analizar la oferta formativa en TDAH disponible en Andalucía para profesionales de la educación* ha sido el centro de la Sección II.

En ella se ha realizado una búsqueda exhaustiva de las acciones formativas susceptibles de ser cursadas por los educadores andaluces.

Una vez obtenidos los datos se ha realizado un análisis pormenorizado de la variedad de actividades de formación existente a través de los criterios: contenido, duración, modalidad y homologación.

8.1.2 Objetivos específicos

Desde un principio nos planteamos un total de siete objetivos específicos, a través de los cuales se reflejaban aquello que pretendíamos investigar de forma concreta.

- *Realizar la actualización, mediante el marco teórico, del estado de la cuestión en que se encuentra el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad poniendo el foco en la visión educativa del trastorno.*

Este objetivo es realmente ambicioso. El TDAH es un trastorno que se ha estudiado desde diversos campos de investigación. Algunos de ellos, como la medicina o la neurociencia, poseen una extensa cantidad de estudios sobre las características de la patología.

El capítulo primero de este trabajo de investigación ha sido dedicado, al completo, a la actualización del concepto de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Se ha realizado un estudio exhaustivo del recorrido del trastorno hasta llegar a la concepción actual.

Además, para ampliar la información del estado de la cuestión, en el capítulo dos se han mostrado los principales estudios relacionados con el TDAH realizados desde los inicios del s. XX.

De esta forma se consigue contextualizar el trastorno para facilitar su comprensión y proseguir alcanzando el resto de los objetivos propuestos inicialmente.

- *Dar a conocer las problemáticas y necesidades que surgen en el abordaje educativo del TDAH en España.*

Este objetivo busca indagar en aquello que los agentes educativos implicados con los afectados por el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad reclaman para mejorar su situación.

El tercer capítulo profundiza en este objetivo. En él se muestra, mediante investigaciones, artículos y otros documentos científicos, lo que conocemos acerca del impacto del trastorno en las familias y cómo las familias pueden incidir en el afectado.

También se hace una puesta al día de la situación asociativa relacionada con el TDAH en España, dando a conocer las asociaciones federadas de todo el territorio español y, por tanto, pertenecen a la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH).

Prestamos especial atención en este capítulo a aquellas indagaciones científicas que demuestran el interés docente por conocer más sobre el trastorno.

Se exponen las necesidades formativas expresadas por el profesorado a este respecto y las consecuencias que el desconocimiento de las características del TDAH puede tener tanto en el escolar que lo padece como en la autopercepción docente.

- *Ofrecer información acerca de la red asociativa española de familias de afectados por el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.*

Este objetivo específico ha sido relacionado con el anterior, ya que entendemos que la red de asociaciones surge como respuesta al abordaje de las problemáticas que afectan a los escolares con el TDAH y su entorno, especialmente sus familias.

Por tanto este objetivo se cubre con el apartado 3.2 titulado *El abordaje del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad desde el asociacionismo*.

En él se da cuenta de todas las asociaciones, como hemos comentado anteriormente, y se explican qué son y qué utilidad tienen el Consejo Nacional de la Discapacidad, la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH) y la Federación Andaluza de Asociaciones de Ayuda al Trastorno Hiperactivo y Déficit de Atención (FAHYDA).

- *Conocer la regulación normativa del abordaje del TDAH en el sistema escolar español.*

Una de las variables que se han tenido en cuenta para seleccionar la muestra ha sido la temporal. Las acciones formativas analizadas debían ser ofertadas entre 2012 y 2016.

La selección de estas fechas en concreto es por el punto de inflexión que tuvo lugar en noviembre de 2013, cuando el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es incluido por primera vez en España en una ley educativa, la Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE).

En el capítulo cuatro se ha estudiado en profundidad el desarrollo legislativo que afecta al trastorno, partiendo de la Constitución Española de 1978 hasta la ya citada LOMCE.

Además de realizar el recorrido que ha llevado a la consecución de la inclusión del trastorno en la ley se han mostrado los Protocolos relacionados con el TDAH que actualmente existen en España.

Haciendo especial hincapié en el Protocolo Andaluz de Atención al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, ya que rige la Comunidad Autónoma en la que se contextualiza nuestra investigación.

- *Describir la oferta formativa para trabajar con TDAH dirigida a profesionales de la educación en Andalucía.*

Este objetivo está altamente relacionado con el objetivo específico sexto y séptimo. Los tres nacen directamente del objetivo general, lo que los convierte en tres de los objetivos más relevantes de nuestra investigación.

A lo largo del sexto capítulo, concretamente en el primer apartado, se describe la oferta formativa que compone nuestra muestra.

Bien es cierto que los datos concretos de cada una de las acciones formativas aparecen reflejados en las fichas que se encuentran en el Anexo 7, pero mediante tablas se describen las principales características de las actividades de formación seleccionadas. Con esta información se realiza el posterior análisis e interpretación.

- *Analizar la variedad, contenido, duración, modalidad y homologación de las certificaciones de dicha oferta.*

El análisis y la interpretación de los resultados obtenidos se realizan a lo largo del capítulo seis de nuestra investigación.

En él los criterios para examinar las acciones formativas son precisamente: contenido, duración, modalidad y homologación de la certificación expedida.

- *Comparar el tipo y cantidad de formación ofertada por organismos públicos y privados.*

El último de los objetivos específicos podría considerarse también el de más especificidad. La finalidad de este trabajo de investigación es conocer la oferta formativa sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, en general, existente dirigida a los profesionales de la educación andaluces.

Se ha considerado de especial interés conocer cómo es, comparativamente, la oferta formativa que ofrecen los organismos públicos y privados.

8.2 LIMITACIONES ENCONTRADAS DURANTE LA INVESTIGACIÓN

A continuación se muestran las limitaciones más relevantes que se han detectado durante el desarrollo de la investigación y han condicionado la misma. Este apartado adquiere relevancia ante la posibilidad de la realización de estudios futuros relacionados.

Una de las limitaciones se circunscribe a la contextualización geográfica que se ha tomado como variable. El hecho de que la muestra se ciña a aquellas acciones formativas accesibles para los profesionales de la educación andaluces ha provocado que multitud de formaciones de modalidad presencial queden excluidas de la muestra.

Entendemos que esta limitación puede convertirse en oportunidad. En investigaciones futuras se podrían realizar estudios similares abarcando otras Comunidades Autónomas o inclusive a nivel nacional. La comparación de los resultados podría dar a conocer si, tras el análisis, las conclusiones son extrapolables.

Otra de las dificultades que hemos encontrado, sobre todo al inicio del trabajo de investigación documental, es el exceso de información disponible en la red. Nuestro trabajo trata de un trastorno que día a día es más popular en la sociedad, por ello es fácil encontrar información de todo tipo en Internet.

Lo que entraña un mayor conflicto al tener que discernir entre aquellas web cuyas publicaciones tienen una base científicamente validada y las que ofrecen principalmente experiencias personales y artículos de opinión. Este obstáculo se ha salvado utilizando en todo momento bases de datos fiables.

Centrándonos ya en la parte metodológica de la investigación se ha utilizado el programa de análisis NVivo 11. La limitación surge por el desconocimiento, por parte de la investigadora de este trabajo, del funcionamiento de dicho programa y la carencia de la licencia para su uso.

A pesar de esto y, tras indagar en el abanico de posibilidades que se nos presentaba para el análisis de los datos, se decidió que NVivo 11 era el que ofrecía mayor versatilidad y sería de mayor utilidad.

Para solventar esta limitación se adquirió una licencia del programa y la investigadora realizó un curso, titulado *Análisis de datos en la investigación cualitativa con el software NVivo*, para adquirir las habilidades y competencias necesarias para su buen uso.

Respecto a la recogida de datos existen diversas limitaciones que se han tenido que asumir. La primera de ellas es que la información que aparece en las páginas web de las entidades que ofrecen acciones formativas adolece de datos relevantes para nuestra investigación.

En la intención de paliar este hándicap se realizaron las llamadas telefónicas pertinentes pretendiendo acceder a la información de la que se carecía. Ante la negativa de ofrecer dicha información se creó un cuestionario. Éste fue enviado a través de un correo electrónico institucional vinculado a la Universidad de Sevilla.

El email, firmado por la dirección de este trabajo de investigación, ofrecía la opción de proporcionar los datos por vía telefónica. Además se adjuntaba un Compromiso de Confidencialidad de la Investigadora (anexo 5) y una Carta de Presentación de la Directora de la Tesis Doctoral (anexo 6).

A pesar del esfuerzo y la implicación la colaboración por parte de las entidades que organizaban actividades de formación fue realmente escasa. Esto limitó la cantidad de información susceptible de ser estudiada y analizada.

Algunos de los protocolos hallados están escritos en el lenguaje propio de la Comunidad Autónoma, dificultando esto su lectura.

La última de las limitaciones es de carácter espacio-temporal. Como se ha demostrado en líneas anteriores ha resultado prácticamente imposible obtener información a través de otro medio que no sea Internet. Esto ha condicionado la muestra también en espacio y tiempo.

En espacio, ya que aquellas acciones formativas que no hayan sido publicadas en la red han quedado fuera de nuestro estudio por la imposibilidad de acceso. Aunque no nos es posible conocer este dato se estima que será un número de formaciones mínimo, en caso de haberlas.

Nuestra investigación abarca todas aquellas formaciones sobre Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad cuyos destinatarios sean profesionales de la educación y que hayan sido impartidas entre los años 2012 y 2016.

Debido a la volatilidad de los datos en Internet y que la información ha sido consultada sola y únicamente a través de la red desconocemos si en ese margen de tiempo se ha realizado alguna acción formativa cuyos datos ya no están disponibles y, por tanto, nos es imposible acceder a ellos.

8.3 RESPUESTA A LOS INTERROGANTES DE INVESTIGACIÓN

Una vez se han analizado e interpretado los datos, se han revisado los objetivos y se han dado a conocer las limitaciones se ha considerado pertinente recuperar las preguntas de investigación.

Al comienzo de este trabajo de investigación se plantearon cinco interrogantes que nos ayudaron a definir el objeto de estudio buscando el sentido práctico de esta investigación. Gracias a estas cuestiones iniciales se realizó el planteamiento del problema.

Los interrogantes de investigación son de gran utilidad para expresar qué se pretende investigar, qué motiva el inicio de la exploración. Ofrecen una mayor comprensión de lo que determina al investigador a llevar a cabo un trabajo de tal envergadura.

Son las dudas que surgen previamente a la recopilación de datos y al estudio pormenorizado del estado de la cuestión. Sirven de guía para mantener la línea de investigación en la que se quiere avanzar y acercan al lector a las ideas iniciales del investigador.

A continuación se recopilan las dudas que ya fueron expuestas en el apartado *Hipótesis y objetivos de investigación*. Éstas, tras llevar a cabo el trabajo de investigación, serán resueltas con los hallazgos realizados y las conclusiones obtenidas tras el análisis de los resultados.

1. *¿Cuál es la oferta formativa para profesionales de la educación respecto al TDAH?*

Esta pregunta es la más amplia. La oferta formativa para profesionales de la educación respecto al TDAH suele realizarse tras finalizar los estudios de grado o alguna especialización educativa.

2. *¿De qué organismo depende esta oferta formativa?*

En la mayoría de los casos ofrece las acciones formativas son ofertadas por entidades privadas.

Como se ha demostrado el capítulo 6 la diferencia entre la oferta pública y la privada es abismal, siendo un 82% No Reglada y el 18% restante de carácter Reglada.

3. *¿Dicha oferta es accesible?*

La accesibilidad se mide a través del criterio Modalidad. De las 67 actividades de formación que componen la muestra 43 se ofertan de forma online.

Por lo que podemos afirmar que más de la mitad de las formaciones estudiadas son muy accesibles, ya que no requieren de condiciones espacio-temporales para que puedan ser seguidas por las personas que se inscriban en ellas.

4. *¿Qué tipo de certificación obtiene el profesional que cursa dicha formación?*

La homologación de las certificaciones condiciona, como se ha defendido durante todo el trabajo, la elección de una u otra actividad formativa.

De los datos obtenidos de la muestra se extrae que prácticamente la mitad de las formaciones estudiadas, 30 de 67, ofrecen homologan los certificados que expiden a través de Universidades Privadas.

Las demás acciones de formación dividen la homologación de sus titulaciones entre Universidades Públicas, Entidades sin ánimo de lucro, Entidades privadas de formación, Entidades públicas.

Se debe tener en cuenta existen seis actividades de las que no se ha podido obtener información a este respecto.

5. *¿Qué nivel de especialización tienen los contenidos de las acciones formativas analizadas?*

En relación con el criterio Contenidos la muestra ha sido analizada agrupando sus contenidos entre seis opciones: base histórica-teórica, base neuro-biológica, formación metodológica, formas de trabajo con afectados, evaluación y diagnóstico del TDAH y contenidos genéricos no especializados.

Los resultados muestran que la mayoría de las acciones formativas atienden, al menos, a dos de estas agrupaciones. No tenemos datos de los contenidos que se imparten en siete de las formaciones que componen la muestra y sólo hay dos actividades, de 67, que tratan en exclusividad sobre las formas de trabajo con los afectados por el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

8.4 CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES

Para finalizar presentamos las conclusiones y aportaciones principales de este estudio.

Nos encontramos ante un trastorno del que la mayoría de la sociedad ha escuchado pero no sabe realmente de qué se trata. El uso indiscriminado de las diferentes acepciones y concreciones del trastorno (TDAH, TDA, TDA-H) favorece esta sensación de desconocimiento.

Existe, además, la creencia generalizada de que hoy en día cualquier escolar que sea más nervioso que el resto es afectado por el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. El sobrediagnóstico actual favorece la banalización de este trastorno que condiciona la vida personal, escolar, social y familiar de quienes lo padecen y las personas que se relacionan con ellos.

Tras la búsqueda exhaustiva de información realizada para crear nuestro marco teórico podemos afirmar que es un trastorno del que se tiene constancia desde hace muchos años, sus primeras observaciones fueron hace siglos. La medicina y la neurología han estudiado en profundidad las diferencias entre las personas afectadas y los grupos de control.

La novedad de nuestra investigación es el cambio de foco. Hasta ahora muchos de los trabajos de investigación trataban sobre el afectado, o bien sus familias. En nuestra investigación centramos el interés en uno de los agentes que más relación tiene con los escolares con TDAH: los docentes.

Las formaciones a profesorado surge de la necesidad de los propios docentes de conocer más sobre el trastorno.

La investigación realizada sobre la oferta formativa existente sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad destinada a los profesionales de la educación en Andalucía nos ha permitido conocer las características de dichas acciones formativas.

De los resultados obtenidos de la muestra, tal y como se explicita al final del capítulo seis, podemos inferir las siguientes afirmaciones:

- La duración de las actividades de formación que se ofertan para los docentes andaluces sobre TDAH no es, por norma general, suficiente.

Sería necesaria una ampliación de la temporalización para profundizar adecuadamente en los contenidos y competencias que los profesionales de la educación deberían adquirir para mejorar la atención al escolar afectado por este trastorno.

- El sector privado organiza la mayoría de actividades de formación que son ofertadas sobre TDAH para docentes.

Resulta especialmente llamativa la diferencia entre el número de formaciones que pertenecen al sector público y las que lo hacen al privado.

El 82% de las acciones formativas que componen nuestra muestra son ofertadas por entidades y organismos privados.

Esto nos lleva a reflexionar sobre la carencia de actualización de la oferta formativa pública de posgrado tras la inclusión en la LOMCE del trastorno y a pesar de la necesidad expresada por los docentes.

Consideramos que cuanto mayor sea el nivel de conocimientos alcanzable mediante una formación mayor será también el interés que podrá despertar en los posibles alumnos. Por ello es relevante tener en cuenta el criterio Contenidos.

- La mayoría de las actividades de formación son de modalidad online.

Facilitar el acceso a la formación que se oferta puede ser uno de los condicionantes para el éxito de la acción formativa. La formación online es la más popular en la educación de posgrado por la comodidad que ofrece a las personas interesadas respecto a dónde y cuándo se lleva a cabo el aprendizaje.

- De las 67 formaciones que componen nuestra muestra 30 son certificadas por Universidades Privadas.

La homologación de las acciones formativas suele provenir de la propia entidad que la oferta o de algún otro organismo con el que se tiene un concierto. Por ello, al ser la mayoría de las actividades de formación de carácter privado, también sus titulaciones son homologadas de forma privada.

- Los contenidos impartidos en la mayoría de las formaciones ofrecen a quien las recibe un conocimiento general del trastorno y suele ofrecer pautas de actuación que poner en uso en la cotidianidad del aula.

Nos encontramos ante un trastorno del que, dependiendo de la visión desde la que se enfoque, se ha estudiado mucho.

Educativamente es desde hace unos años cuando mayor interés se está mostrando en paliar las dificultades que provoca en los escolares y ofrecer claves a los docentes para manejar el aula ante los posibles comportamientos disruptivos de los afectados.

Nos encontramos ante un amplio grupo de docentes que no cursa estas formaciones, por diversos motivos y porque suelen ser de carácter voluntario o buscadas por interés individual, que no posee conocimientos sobre el trastorno ni estas técnicas.

Consideramos que, debido al gran número de diagnósticos que se realizan en la actualidad, los centros educativos y las facultades de educación deberían ofrecer a los profesionales de la educación en ejercicio y los futuros docentes información general sobre el TDAH.

Tener unos conocimientos básicos sobre las características principales del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y cómo trabajar con los escolares afectados facilitará el aprendizaje, mejorará la autopercepción docente y el ambiente del aula.

Por último podemos decir que se afirman las hipótesis que han guiado nuestra Tesis Doctoral:

1. *La oferta formativa en TDAH ofertada por organismos públicos es insuficiente.*

Por lo ya ha demostrado en el capítulo 6 a través de los resultados y se ha comentado en líneas anteriores.

2. *Los agentes educativos que se relacionan con los afectados, sobre todo docentes y familias, reclaman mayor formación e información sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.*

A lo largo del tercer capítulo se ha verificado la necesidad manifestada por familias, asociaciones y profesionales de la educación de ampliar los conocimientos sobre el trastorno para una mejor comprensión.

3. *Una mejora cualitativa en la oferta contribuiría a una atención de mayor adecuación a los escolares diagnosticados con TDAH.*

En el desarrollo de toda la investigación hemos encontrado estudios que confirman que conocer las características básicas del TDAH hará que los docentes puedan atender de forma adecuada a los afectados. El profesorado que comprende el trastorno y conoce los comportamientos y reacciones comunes actúa facilitando, en la medida de lo posible,

el proceso de enseñanza-aprendizaje y favorece la mejora en la relación del escolar afectado con los que les rodean.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

Abidin, R. (1990). *Parenting Stress Index* (3rd edition). Charlottesville, VA. Pediatric Psychology Press.

Abidin, R. (1992). The determinants of parenting behaviour. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 407-412.

Abikoff, H. y Klein, R. (1992). Attention-deficit hyperactivity and conduct disorder, comorbidity and implications for treatment. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 60, 6, 881-892.

Aguilar, G. (2005). *Cómo tratar los problemas de conducta en el niño. Guía práctica para detectar y afrontar los trastornos emocionales*. México D.F.: Trillas.

Albert, J.; López-Martín, S., Fernández-Jaén, A. y Carretié, L. (2008). Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Datos existentes y cuestiones abiertas. *Revista de Neurología*, 47, 39-45.

Aller, M. (2013). Familia y TDA-H. M^a. A. Martínez Martín y colaboradores. *Todo sobre el TDAH*, 171-203.

Alloway, T.; Gathercole, S.; Kirkwood, H. y Elliott, J. (2009). The cognitive and behavioral characteristics of children with low working memory. *Child Development*, 80, 606–621.

Álvarez, M. (2014). *Volviendo a la normalidad. La invención del TDAH y del trastorno bipolar infantil*. Alianza Editorial.

Ambrosini, P.; Bennett, D. y Elia, J. (2013). Attention deficit hyperactivity disorder characteristics: II. Clinical correlates of irritable mood. *Journal of Affective Disorders*, 145, 70-76.

Anderson, D.; Watt, S.; Noble, W. y Shanley, D. (2012). Knowledge of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and attitudes toward teaching children with ADHD: The role of teaching experience. *Psychology in the Schools*, 49(6), 511-525. doi: 10.1002/pits.21617

American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual: Mental disorders*. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., Revised). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Revised). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

APA (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ªed.)(DSM-III), Washington, D.C., American Psychiatric Association (trad. Cast. En Barcelona, Masson, 1984).

Arce, E. y Santisteban, C. (2006). Impulsivity: A review. *Psicothema*, 18, 213-220.

Armstrong, T. (1996). ADD: Does it really exist? *Phi Delta Kappan*, 77(6), 424-428.

Armstrong, T. (2001). *Síndrome de Deficit de Atención con o sin hiperactividad. Estrategia en el aula*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Arnsten, A.; Steere J. y Hunt R. (1996) The Contribution of α 2-Noradrenergic Mechanisms to Prefrontal Cortical Cognitive Function: Potential Significance for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 53(5): 448-455. doi:10.1001/archpsyc.1996.01830050084013.

Artigas-Pallarés, J. (2009). Dislexia: enfermedad, trastorno o algo distinto. *Revista de neurología*, 48(2), 63-69.

Asherson, P.; Brookes, K.; Franke, B.; Chen, W.; Gill, M.; Ebstein, R. ... y Faraone, S. (2007). Confirmation That a Specific Haplotype of the Dopamine Transporter Gene Is Associated With Combined-Type ADHD. *American Journal of Psychiatry*, 164:4, 674-677.

Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

August, G.; Stewart, M. y Holmes, C. (1983). A four-year follow-up of hyperactive boys with and without conduct disorder. *British Journal of Psychiatry*, 143, 192–198.

August, G.; Realmuto, G.; McDonald, A.; Nugent, S. y Grosby, R. (1996). Prevalence of ADHD and comorbid disorders among elementary school children screened for disruptive behaviour. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 5, 571-595.

Ávila, C. y Parcet, M. (2001). Personality and inhibitory deficits in the stop-signal task: the mediating role of Gray's anxiety and impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 29, 875-86.

Baeyens, D.; Roeyers, H. y Walle, J. (2006). Subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): Distinct or related disorders across measurement levels? *Child Psychiatry and Human Development*, 36, 403–417.

Bagwell, C.; Molina, B.; Kashdan, T.; Pelham, W. y Hoza, B. (2006). Anxiety and mood disorders in adolescents with childhood attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 14, 178–187.

Bagwell, C.; Molina, B.; Pelham, W. y Hoza, B. (2001). Attention-deficit hyperactivity disorder and problems in peer relations: Predictions from childhood to adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1285-1292.

Bakermans-Kranenburg, M. y Van IJzendoorn, M. (2006). Gene-environment interaction of the dopamine D4 receptor (DRD4) and observed maternal insensitivity predicting externalizing behavior in preschoolers. *Developmental Psychobiology*, 48, 406-409.

Bardin, L. (1991). *Análisis de contenido* (Vol. 89). Ediciones Akal.

Bardin, L. (1996 2ª e) *Análisis de contenido*. Akal.

Barkley, R. (1990). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York: Guilford Press.

Barkley, R. (1997a). Behavioral inhibition, sustained attention and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.

Barkley, R. (1997b). Age dependent decline in ADHD: True recovery or statistical illusion? *The ADHD Report*, 5, 1–5.

Barkley, R. (1997c). *ADHD and the Nature of Self-Control*. New York: The Guilford Press.

- Barkley, R. (1998). El desorden de hiperactividad y déficit de atención. *Investigación y Ciencia*, noviembre, 48-53.
- Barkley, R. (1999). *Niños Hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. España: Ed. Paidós.
- Barkley, R. (2006). The Relevance of the Still Lectures to Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. A Commentary. *Journal of Attention Disorders*, 10(2), 137-140.
- Barkley, R. (2010). Deficient emotional self-regulation is a core component of ADHD. *Journal of ADHD and Related Disorders*, 1, 5-37.
- Barkley, R. (2013). Distinguishing sluggish cognitive tempo from DHD in children and adolescents: Executive functioning, impairment, and comorbidity. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42, 161-173.
- Barkley, R. (2015). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A handbook for Diagnosis & Treatment. Fourth Edition. New York: The Guilford Press.
- Barkley, R. y Cox, D. (2007). A review of driving risks and impairments associated with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effects of stimulant medication on driving performance. *Journal of Safety Research*, 38, 113-128.
- Barkley, R. y Fisher, M. (2011). Predicting impairment in major life activities and occupational functioning in hyperactive children as adults: Self-reported executive function (EF) deficits versus EF tests. *Developmental Neuropsychology*, 36, 137-161.
- Barkley, R.; Fischer, M.; Edelbrock, C. y Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29(4), 546-557.
- Barkley, R.; Murphy, K. y Bauermeister, J. (1998). *El trastorno por déficit de atención e hiperactividad: Un manual de trabajo clínico*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R.; Murphy, K. y Fischer, M. (2008). ADHD in Adults: What the Science Says (pp 171 - 175). New York, Guilford Press.
- Bauermeister, J. (1992a). Factor analyses of teacher rating of attention-deficit hyperactivity and oppositional defiant symptoms in children aged four through thirteen years. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(1), 27-34.

- Bauermeister, J.; Alegría, M.; Bird, H.; Rubio-Stipec, M. y Canino, G. (1992b), Are attentional-hyperactivity deficits unidimensional or multidimensional syndromes? Empirical findings from a community survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 423-431.
- Bauermeister, J. (2014). *Hiperactivo, Impulsivo, Distraído ¿Me conoces? Guía sobre el déficit atencional para padres, maestros y profesionales*. Vizcaya: Grupo Albor-COHS División Editorial.
- Baughman, F. (2009) *The ADHD Fraud: How psychiatry makes "patients" of Normal Children*. Estados Unidos: Trafford Publishing.
- Bekle, B. (2004). Knowledge and attitudes about Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): a comparison between practicing teachers and undergraduate education students. *Journal of Attention Disorders*, 7, 151-161.
- Beltrán, F.; Torres, I.; Beltrán, L.; Velázquez, F. y Beltrán, A. (2007). Tratamiento farmacológico y Trastorno Déficit de Atención con Hiperactividad. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 7(1), 47-58.
- Bennet, K. (2000). Screening for externalizing behaviour problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 1341-1343.
- Bernaldo de Quirós, G.; Giusti, E.; Heydl, P.; Michanie, C.; Soprano, A. M. y Vainer, V. (2000). *Síndrome de déficit de atención con sin hiperactividad A.D. / H.D. en niños, adolescentes y adultos*. Buenos Aires: Paidós.
- Betancourt, Y.; Jiménez-León, J. y Jiménez-Betancourt, C. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastornos del sueño. *Revista Neurología*, 42(2), 37-51.
- Biederman, J.; Faraone, S. y Lapey, K. (1992). Comorbidity of diagnosis in attention-deficit hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatric Clin North Am*, 2: 335-360.
- Biederman, J.; Mick, E.; Faraone, S.; Braaten, E.; Doyle, A.; Spencer, T., ... y Johnson, M. (2002). Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *American Journal of psychiatry*, 159(1), 36-42.
- Biederman, J.; Faraone, S.; Mick, E.; Williamson, S.; Wilens, T.; Spencer, T. ... y Zallen, B. (1999). Clinical correlates of ADHD in females: findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(8), 966-975.

Bisquerra, R. (2004). *Metodología de la investigación educativa* (Vol. 1). Editorial La Muralla.

Bowen, R.; Chavira, D.; Bailey, K.; Stein, M. y Stein M. (2008). Nature of anxiety comorbid with attention deficit hyperactivity disorder in children from a pediatric primary care setting. *Psychiatry Research*, 157, 201-209.

Bradley, W. (1937). The behaviour of children receiving Benzedrine. *American Journal of Psychiatry*, 94, 577-585.

Brassett-Harknett, A. y Butler, N. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder: An overview of the etiology and a review of the literature relating to the correlates and lifecourse outcomes for men and women. *Clinical Psychology Review*, 27, 188-210.

Brent, D.; Johnson, B.; Perper, J.; Connolly, J.; Bridge, J.; Bartle, S. y Rather, C. (1994). Personality disorder, personality traits, impulsive violence, and completed suicide in adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 1080-1086.

Brocki, K. y Bohlin, G. (2006). Developmental change in the relation between executive functions and symptoms of ADHD and co-occurring behavior problems. *Infant and Child Development*, 15, 19-40.

Brookes, K.; Mill, J.; Guindalini, C.; Curran, S.; Xu, X.; Knight, J., ... Asherson, P. (2006). A common haplotype of the dopamine transporter gene associated with attention-deficit/hyperactivity disorder and interacting with maternal use of alcohol during pregnancy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 74-81.

Brophy, M.; Taylor, E. y Hughes, E. (2002). To go or not to go: inhibition control in "hard to manage" children. *Infant and Child Development*, 11, 125-140.

Brown, R. y Pacini, J. (1989). Perceived family functioning, marital status, and depression in parents of boys with attention deficit disorder. *Journal of learning disabilities*, 22(9), 581-587.

Brown, T. (2001). *Brown attention deficit disorder scales for children and adolescents* (2ed.) San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Brown, T. (2005). *Attention Deficit Disorder: The Unfocused Mind in Children and Adults* (pp 20 - 58). New Haven, CT, Yale University Press Health and Wellness.

- Brown, T. (2006a). *Trastorno por Déficit de Atención. Una mente desenfocada en niños y adultos*. Barcelona: Masson.
- Brown, T. (2006b). Executive functions and attention deficit hyperactivity disorder: implications of two conflicting views. *International Journal of Disability, Development and Education*, 53, 35-46.
- Bullard, J. (1997). Parent perceptions of the effect of ADHA child behaviour on the family: The impact and coping strategies. *Disertation Abstratcts International: Section B: Tthe Sciences and Engineering*, 57 (12B), 7755.
- Burks, H. (1960). The hyperakinetik child. *Exceptional Children*, 27, 18-26.
- Calderón, C. (2001). Resultados de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Anuario de Psicología*, 32(4), 79-98.
- Cano, J. (2010). *El mito del TDAH. La desdicha infantil no es una enfermedad*. Recuperado de: <http://www.psicodinamicajlc.com/articulos/jlc/tdah.html>
- Cannon, M.; Pelham Jr, W.; Sallee, F.; Palumbo, D.; Bukstein, O. y Daviss, W. (2009). Effects of clonidine and methylphenidate on family quality of life in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 19(5), 511-517.
- Capilla-González, A.; Fernández-González, S.; Campo, P.; Maestú, F.; Fernández-Lucas, A.; Mulas, F. y Ortiz, T. (2004). La magnetoencefalografía en los trastornos cognitivos del lóbulo frontal. *Revista de neurología*, 39(2), 183-188.
- Cardo, E.; Bustillo, M. y Servera, M. (2007). Valor predictivo de los criterios del DSMIV en el diagnóstico del trastorno por déficit de atención/hiperactividad y sus diferencias culturales. *Revista Neurología*, 44(2), 819-822.
- Cardo, E. y Servera, M. (2008). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: Estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. *Revista de Neurología*, 46, 365-372.
- Castañeda-Cabrero, C.; Lorenzo-Sanz, G.; Caro-Martínez, E.; Galán-Sánchez, J.; Sáez-Álvarez, J.; Quintana-Aparicio, P. y Paradinas-Jiménez, F. (2003). Alteraciones electroencefalográficas en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Neurol*, 37(10), 904-908.

Castells, M. y Castells, P. (2012). *TDAH Un Nuevo enfoque. Cómo tratar la falta de atención y la hiperactividad*. Barcelona: Ediciones Península.

Cebrián, I. y Pérez, R. (2005). *Las conductas hiperactivas en el colegio a través de los diarios de campo*. Málaga: Ediciones Aljibe.

Charleman, R. (2002). *Déficit de atención, todo lo que quieres saber y debes saber: Manual de orientación a maestros y padres*. Puerto Rico: Serie Carolyanne.

Chess, S. (1960). Diagnosis and treatment of the hyperactive child. *New York State Journal of Medicine*, 60, 2379-2385.

Chronis-Tuscano, A.; Molina, B.; Pelham, W.; Applegate, B.; Dahlke, A.; Overmeyer, M. y Lahey, B. (2010). Very early predictors of adolescent depression and suicide attempts in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67, 1044-1051.

Clements, S. (1966). *Minimal brain dysfunction in children. Terminology and identification*. Washington, U.S. Government Printing Office. (USPH Publication No 1415).

Colomer, C. (2013). *Factores familiares y neuropsicológicos: implicaciones en los problemas de conducta y sociales de niños con TDAH*. Memoria para optar al título de Doctora, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia, España.

Consejería de Educación (2012). *Instrucciones de 20 de abril de 2012, de la Dirección General de Participación e Innovación Educativa, por la que se establece el Protocolo de actuación y coordinación para la detección e intervención educativa con el alumnado con Problemas o Trastornos de Conducta y con Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad*. Consultado el 06/06/2016 de: http://agrega.juntadeandalucia.es/repositorio/11102013/dc/es-an_2013101112_9132009/guia/elementos/f_prevenccion/protocolo_trastornos_conducta.pdf

Córdoba, L. y Verdugo, M. (2003). Aproximación a la calidad de vida de familias de niños con TDAH: Un enfoque cualitativo. *Siglo Cero*, 34(4), 19-33.

Cook, E.; Stein, M.; Krasowski, M.; Cox, N.; Olkon, D.; Kieffer, J. y Leventhal, B. (1995). Association of attention-deficit disorder and the dopamine transporter gene. *American Journal of Human Genetics*, 56(4), 993–998.

Costello, E.; Egger, H. y Angold, A. (2005). The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 14, 631-648.

Crespo, N.; Manghi, D.; García, G. y Cáceres, P. (2007). Déficit de atención y comprensión de significados no literales: interpretación de actos de habla indirectos y frases hechas. *Revista Neurología*, 4(2), 75-80.

Crichton, A. (1798). *An inquiry into the nature and origin of mental derangement: Comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind and a history of the passions and their effects*. London: T. Cadell y W. Davies. (Re-impreso por AMS Press, Nueva York, 1976).

Cubero, M. (2002). Niveles de intervención en el aula para la atención de estudiantes con trastornos de la atención. *Actualidades Investigativas en Educación*, 2(1), 1-18.

De trabajo de la Guía, G. (2010). de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. *Guía de Práctica Clínica sobre el TDAH en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*.

Dalen, L.; Sonuga-Barke, E.; Hall, M. y Remington, B. (2004). Inhibitory deficits, delay aversion and preschool AD/HD: implications for the dual pathway model. *Neural Plasticity*, 11, 1-11.

Daley, D. y Birchwood, J. (2010). ADHD and academic performance: why does ADHD impact on academic performance and what can be done to support ADHD children in the classroom? *Child: Care, Health and Development*, 36, 455-464.

Davis, C.; Claudius, M.; Palinkas, L.; Wong, B. y Leslie, L. (2012). Putting families in the center: Family perspectives on decision making and DHD and implications for ADD care. *Journal of Attention Disorders*. 16, 675-684.

Davis, D. y Williams, P. (2011). Attention deficit/hyperactivity disorder in preschool-age children: issues and concerns. *Clinical Pediatrics*, 50, 144-152.

Deault, L. (2010). A systematic review of parentig in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-defiit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Psychiatry and Human Development*, 41, 168-192.

DeBono, T.; Hosseini, A.; Cairo, C.; Ghelani, K.; Tannock, R. y Toplak, M. (2012). Written expression performance in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Reading and Writing*, 25, 1403-1426.

Demaray, M.; Elting, J. y Schaefer, K. (2003). Assessment of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). A comparative evaluation of five, commonly used, published rating scales. *Psychology in the schools*, 40, 341-361.

Douglas, V. (1980a). Higher mental processes in hyperactive children: Implications for training. En Knights, R. y Bakker, D. (Eds.), *Treatment of hyperactive and learning disordered children* (pp. 65-92). Baltimore: University Park Press.

Douglas, V. (1980b). Treatment and training approaches to hyperactivity: Establishing internal or external control. En Whalen, C. y Henker, B. (Eds.), *Hyperactive children: The social ecology of identification and treatment* (pp. 283-318). New York: Academic Press.

Douglas, V. (1983). Attention and cognitive problems. En Rutter, M. (Ed.), *Developmental neuropsychiatry* (pp. 280-329). New York: Guilford Press.

Douglas, V. y Peters, K. (1979). Toward a clearer definition of the attentional deficit of hyperactive children. En Hale, G. A. y Lewis, M. (Eds.), *Attention and the developments of cognitive skills* (pp. 173-248). New York: Plenum Press.

DuPaul, G.; Barkley, R. y Conner, D. (1998). Stimulants. En Barkley, R. A. (Ed.). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. New York: Guilford Press.

DuPaul, G.; McGoey, K.; Eckert, T. y VanBrakle, J. (2001). Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: impairments in behavioral, social, and school functioning. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(5), 508-515.

DuPaul, G. y Jimerson, S. (2014). Assessing, understanding, and supporting students with ADHD at school: Contemporary science, practice, and policy. *School Psychology Quarterly*, 29(4), 379–384. doi:10.1037/spq0000104

Ebstein, R.; Novick, O.; Umansky, R.; Priel, B.; Osher, Y.; Blaine, D. ... y Belmaker, R. (1996). Dopamine D4 receptor (D4DR) exon III polymorphism associated with the human personality trait of Novelty Seeking. *Nature Genetics*, 12: 78 – 80. doi:10.1038/ng0196-78

Eisenberg, L. (2007). Commentary with a Historical Perspective by a Child Psychiatrist: When “ADHD” was the “Brain-damaged child”. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, vol. 17, nº 3 (pp. 279-283). DOI: 10.1089

Elia, J.; Arcos-Burgos, M.; Bolton, K.; Ambrosini, P.; Berrettini, W. y Muenke, M. (2009). ADHD latent class clusters: DSM-IV subtypes and comorbidity. *Psychiatry research*, 170(2), 192-198.

Elías, Y. y Estañol, B. (2006). *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Bases neurobiológicas, modelos neurológicos, evaluación y tratamiento*. Sevilla: Eduforma

Epstein, M.; Shaywitz, S.; Shaywitz, B. y Woolston, J. (1991). The boundaries of attention deficit disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 2, 78-86.

Esquirol, E. (1845). *Mental maladies: Treatise on insanity*. Philadelphia: Lee y Blanchard.

Etchepareborda, M.; Mulas, F.; Capilla-González, A.; Fernández-González, S.; Campo, P.; Maestú, F. ... y Ortiz, T. (2004). Sustrato neurofuncional de la rigidez cognitiva en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: resultados preliminares. *Revista de Neurología*, 38(1), 145-148.

Evans, S.; Axelrod, J. y Langberg, J. (2004). Efficacy of a school-based treatment program for middle school youth with ADHD. *Behaviour Modification*, 28, 528-547.

Faraone, S.; Perlis, R.; Doyle, A.; Smoller, J.; Goralnick, J.; Holmgren, M. y Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, 57(11), 1313-1323.

Faraone, S. y Buitelaar, J. (2010). Comparing the efficacy of stimulants for ADHD in children and adolescents using meta-analysis. *European child & adolescent psychiatry*, 19(4), 353-364.

Federación Andaluza de Asociaciones de Ayuda al TDAH (2010). *Propuestas para la elaboración del Protocolo de Actuación para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento del TDAH*. Consultado de:

<https://dl.dropboxusercontent.com/u/64074321/DOCUMENTO%20DE%20PUENTE%20GENIL.pdf>

Feng, Y.; Wigg, K.; Makkar, R.; Ickowicz, A.; Pathare, T.; Tannock, R. ... y Barr, C. (2005). Sequence variation in the 3'-untranslated region of the dopamine transporter

gene and attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 139(1), 1-6.

Fernández F.; Hinojo, F. y Aznar, I. (2002). Las actitudes de los docentes hacia la formación en tecnologías de la información y comunicación (TIC) aplicadas a la educación. *Contextos educativos: Revista de educación*, (5), 253-270.

Ferreira-González, I.; Urrútia, G. y Alonso-Coello, P. (2011). Revisiones sistemáticas y metaanálisis: bases conceptuales e interpretación. *Revista Española de Cardiología*, 64(8), 688-696.

Fundación CADAH (2009). *TDAH en el aula. Guía para docentes*. Santander: Autor.

García, N.; Mirnau, I.; Aragón, M. y Quintero, F. (2009). Intervención psicológica en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida (3ª Ed., pp. 199-214)*. Barcelona: Elsevier-Masson.

Gargallo, B. (2005). *Niños hiperactivos (TDAH). Causas. Identificación. Tratamiento. Una guía para educadores*. Barcelona: Ediciones CEAC.

Gillberg, I.; Gillberg, C. y Groth, J. (1989). Children with preschool minor developmental disorders. V: Neurodevelopmental profiles at age 13. *Dev Med Child Neurol*, 31: 14-24.

Gizer, I.; Ficks, C. y Waldman, I. (2009). Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review. *Human genetics*, 126(1), 51-90.

Gómez, P. (2010). *Disfunciones neuropsicológicas y trastorno de déficit de atención con hiperactividad en varones de tercero y cuarto de primaria. Propuesta para la mejora del rendimiento académico*. Tesis Doctoral no publicada, Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

González, E. (2008). *Trastorno de déficit de atención e hiperactividad en el salón de clases*. Hato Rey, Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas.

González, R.; Bakker, L., y Rubiales, J. (2014). Estilos parentales en niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12(1).

Gratch, L. (2009). *El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD). Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez*. Madrid: Editorial Médica Panamericana

Guzmán, R. y Hernández-Valle, I. (2005). Estrategias para evaluar e intervenir en las dificultades de aprendizaje académicas en el trastorno de déficit de atención con/sin hiperactividad. *Curriculum: Revista de teoría, investigación y práctica educativa*, 18, 147-174.

Haenlein, M. y Caul, W. (1987). Attention deficit disorder with hyperactivity: a specific hyphotesis of reward dysfunction. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 356-362.

Hawi, Z. y Gill, M. (2002). Evidence that variation at the serotonin transporter gene influences susceptibility to attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): analysis and pooled analysis. *Molecular Psychiatry*, 7: 908-912. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/sj.mp.4001100>

Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México, DF.

Hernández, I.; García, V. y Galán, J. (2009). Factores familiares y sociales relacionados con el TDAH del adulto. En Guerrero, J. F.; Báscones, M. y Pérez, R. (Coord.), *El lado oculto del TDAH en la edad adulta. Una propuesta inclusiva desde lo profesional y la experiencia* (pp. 89-100). Málaga: Ediciones Aljibe.

Herrera, E.; Bermejo, R.; Fernández, M. y Soto, G. (2011). Déficit de atención e hiperactividad. En M.D. Prieto (Coord.), *Psicología de la Excepcionalidad* (pp.139-152). Madrid: Síntesis

Herrera-Gutiérrez, E.; Calvo-Llena, M. y Peyres-Egea, C. (2003). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad desde una perspectiva actual. Orientaciones a padres y profesores. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 56 (1), 5-19.

Hidalgo, M. y Soutullo, C. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Pediatría Integral*, 6, 3-25.

Houck, G.; Kendall, J.; Miller, A.; Morrell, P. y Wiebe, G. (2011). Self-concept in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Pediatric and Nursery*, 26, 239-247.

Hoza, B.; Owens, J.; Pelham, W.; Swanson, J.; Conners, C.; Hinshaw, S.; Arnold, L. y Kraemer, H. (2000). Parents cognitions as predictors of child treatment response in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 569-583.

- Jarque, S. (2012). Eficacia de las intervenciones con niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 42(1), 19-33.
- Jarque, S.; Tárraga, R. y Miranda, A. (2007). Conocimientos, concepciones erróneas y lagunas de los maestros sobre el TDAH. *Psicothema*, 19, 585-590.
- Jarque, S.; Tárraga, R. y Casas, A. (2007). Conocimientos, concepciones erróneas y lagunas de los maestros sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicothema*, 19(4), 585-590.
- Jarque, S. y Tárraga, R. (2009). Comparación de los conocimientos sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) de los maestros en activo y futuros educadores. *Infancia y aprendizaje*, 32 (4), 517-529.
- Jensen, P.; Martin, D. y Cantwell, D. (1997). Comorbidity in ADHD: implications for research, practice and DSM IV. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1065-1079.
- Jerome, L.; Washington, P.; Laine, C. y Segal, A. (1999). Graduating teachers' knowledge and attitudes about attention-deficit hyperactivity disorder: a comparison with practicing teachers. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 192.
- Johnston, C. y Mash, E. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical child and family psychology review*, 4(3), 183-207.
- Johnston, C. y Pelham, W. (1986). Teacher ratings predict peer ratings of aggression at 3-year follow-up in boys with attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 571-572.
- Joselevich, E. (2005). *AD/HD, qué es, qué hacer. Recomendaciones para padres y docentes*. Buenos Aires: Paidós.
- Kadesjö, B. y Gillberg, C. (2001). The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 487-492.
- Kahn, E. y Cohen, L. (1934). Organic driveness: A brain stem syndrome and an experience. *New England Journal of Medicine*, 210, 748-756.

- Kellner, R.; Houghton, S. y Douglas, G. (2003). Peer-related experiences of children with attention-deficit/hyperactivity disorder with and without comorbid learning disabilities. *International Journal of Disability, Development and Education*, 50, 119-136.
- Kendall, J. (1999). Sibling accounts of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Family process*, 38(1), 117-136.
- Kendall, J.; Leo, M.; Perrin, N. y Hatton, D. (2005). Modeling ADHD child and family relationships. *Western Journal of Nursing Research*, 27(4), 500-518.
- Klassen, A.; Miller, A., y Fine, S. (2004). Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 114(5), e541-e547.
- Kos, J.; Richdale, A. y Jackson, M. (2004). Knowledge about Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: a comparison of in-service and preservice teachers. *Psychology in the Schools*, 41, 517-526.
- Kos, J.; Richdale, A., y Hay, D. (2006). Children with attention deficit hyperactivity disorder and their teachers: A review of the literature. *International Journal of Disability, Development and Education*, 53(2), 147-160. doi: 10.1080/10349120600716125
- Krippendorff, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido: teoría y práctica* (No. 39). Grupo Planeta (GBS).
- Kuntsi, J.; Oosterlaan, J. y Stevenson, J. (2001). Psychological mechanisms in hyperactivity: I response inhibition deficit, working memory impairment, delay aversion, or something else? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(02), 199-210.
- Lafora, G. (1917). *Estado actual de la histopatología del sistema nervioso*. Tall. tip. de los "Progresos de la Clínica".
- Lam, C. y Beale, I. (1991). Relations among sustained attention, reading performance and teachers ratings of behavior problems. *Remedial and Special Education*, 12(2), 25-30.
- Langberg, J. y Epstein, J. (2008). Efficacy of an Organization skills intervention to improve the academic functioning of students with attention-deficit/hyperactivity disorder. *School Psychology Quarterly*, 23, 407-417.
- Langberg, J.; Epstein, J. y Graham, A. (2008). Organizational-skills interventions in the treatment of ADHD. *Expert review of neurotherapeutics*, 8(10), 1549-1561.

- Laufer, M. y Denhoff, E. (1957). Hyperkinetic behavior syndrome in children. *Journal of Pediatrics*, 50, 463-474.
- Larson, K.; Russ, S.; Kahn, R. y Halfon, N. (2011). Patterns of comorbidity, functioning and service use for US children with ADHD, 2007. *Pediatrics*, 127, 462-470.
- Leung, P. y Conolly, K. (1994). Attentional difficulties in hyperactive and conduct disorder children: A processing deficit. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 35, 1229-1245.
- López, J. y Galán, R. (2011). El alumnado con TDAH (hiperactividad) como colectivo en riesgo de exclusión social: propuestas de acción y de mejora. *Revista Ruedes*, 2, 37-59.
- López-Campo, X.; Gómez-Betancur, L.; Aguirre-Acevedo, D.; Puerta, I. y Pineda, D. (2005). Componentes de las pruebas de atención y función ejecutiva en niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista Neurología*, 40, 331-339.
- López, F.; Mansana, A.; Martí, S.; Acosta, S. y Gaviria, A. (2012). The course of attention deficit/hyperactivity disorder in an outpatient sample. *An Pediatr*, 76 (5), 250-255.
- López, C. y Romero, A. (Coord.) (2013). *TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia. Clínica, diagnóstico, evaluación y tratamiento*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Loro-López, M.; Quintero, J.; García-Campos, N.; Jiménez-Gómez, B.; Pando, F.; Varela-Casal, P., ... y Correas-Laufer, J. (2009). Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista neurología*, 49(5), 257-264.
- Luman, M.; Oosterlaan, J. y Sergeant, J. A. (2005). The impact of reinforcement contingencies on AD/HD: a review and theoretical appraisal. *Clinical psychology review*, 25(2), 183-213.
- Lunsing, R.; Hadders-Algra, M.; Huisjes, H. y Touwen, B. (1992). Minor neurological dysfunction from birth to 12 years. I. Increase during late school-age. *Dev Med child Neurol*, 34: 399-403.
- López-Villalobos, J.; Serrano, I. y Delgado, J. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Comorbilidad con trastornos depresivos y ansiedad. *Psicothema*, 16, 402-407.

Manassis, K.; Tannock, R.; Young, A. y Francis-John, S. (2007). Cognition in anxious children with attention deficit hyperactivity disorder: a comparison with clinical and normal children. *Behavioral and Brain Function*, 3, 4.

Martínez-Frutos, M.; Herrera-Gutiérrez, E. y López-Ortuño, J. (2014). Conocimientos y lagunas de los docentes sobre el TDAH: la importancia de la formación. J. Navarro, MD Gracia, R. Lineroso y FJ Soto (Coords.), *Claves para una educación diversa*. Murcia: Consejería de Educación, Cultura y Universidades.

Mash, E. y Johnston, C. (1983). Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children. *Journal of consulting and clinical psychology*, 51(1), 86.

Mateo, V. (2006). Recursos para el diagnóstico psicopedagógico del TDAH y comorbilidades. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 4(10), 623-642.

Margalit, M. (1989). Academic competence and social adjustment of boys with learning disabilities and boys with behavior disorders. *Journal of Learning Disabilities*, 22(1), 41-45.

Margalit, M. y Almougy, K. (1991). Classroom behavior and family climate in students with learning disabilities and hyperactive behavior. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 406-412.

Margalit, M. y Caspi, M. (1985). A change in teacher-child interaction through paradoxical intervention. *The Exceptional Child*, 32, 41-45.

Marina, J. (2015) *El nuevo paradigma de la adolescencia*. Observatorio de innovación educativa. Recuperado de: <http://www.ceide-fsm.com/2015/02/le-nuevo-paradigma-de-la-adolescencia/7/>

Marina, J.; Rodríguez, M. y Lorente, M. (2015). *El nuevo paradigma de la adolescencia*. Recuperado el 15/03/2015 de: <http://adolescenciayjuventud.org/es/publicaciones/coleccion-documentos/item/el-nuevo-paradigma-de-la-adolescencia>

McMillan, J. y Schumacher, S. (2005). *Investigación educativa una introducción conceptual*. Pearson educación.

Mediavilla-García, C. (2003). Neurobiología del trastorno de hiperactividad. *Rev Neurol*, 36(6), 555-565.

Mednik, B. y Michelsen, M. (1977). Neurological and motor functioning of 10-12 year-old children who showed mild transient neurological symptoms in the first five days of life. *Acta Paediatr Scand*, 56: 70-78.

Mena, B.; Nicolau, R.; Salat, L.; Tort, P. y Romero, B. (2010). *El alumno con TDAH. Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad*. Barcelona: Ediciones Mayo.

Milich, R. y Landau, S. (1988). Teacher ratings of Inattention/Overactivity and Aggression: Cross-validation with classroom observations. *Journal of Clinical Child Psychology*, 17, 92-97.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2009) *Real Decreto 1855/2009, de 4 de diciembre, por el que se regula el Consejo Nacional de la Discapacidad*. Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2009/12/26/pdfs/BOE-A-2009-20890.pdf>

Miranda, J. y Soriano, M. (2011). Investigación sobre Dificultades en el Aprendizaje en los Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad en España. *Revista electrónica de dificultades de aprendizaje*, 1(1).

Miranda, A.; García, R. y Soriano, M. (2005). Habilidad narrativa de los niños con déficit de atención con hiperactividad. *Psicothema*, 17, 227-232.

Miranda, A., y Presentación, M.J. (2000). Efficacy of cognitive-behavioral therapy in the treatment of children with ADHD, with and without aggressiveness. *Psychology in the Schools*, 37(2), 169-182.

Miranda, A.; Amado, L. y Jarque, S. (2001). *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Una guía práctica*. Málaga: Ediciones Aljibe.

Miranda-Casas, A.; Grau-Sevilla, D.; Marco-Taberner, R. y Roselló, B. (2007). Estilos de disciplina en familias con hijos con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: influencia en la evolución del trastorno. *Revista Neurología*, 44(2), 23-25.

Mirsky, A. (1996). Disorders of Attention: A neuropsychological markers of disordered attention: a neuropsychological perspective. En Lyon, R. G. y Krasnegor, N. A. (Eds.). *Attention, memory and executive function*. Baltimore.

Moreno, I. (2008). *Hiperactividad infantil. Guía de actuación*. Madrid: Pirámide.

Mulas, F.; Téllez de Meneses, M.; Hernández-Muela, S.; Mattos, L. y Pitarch, I. (2004). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y epilepsia. *Revista Neurología*, 39, 192-5.

Mulas, F.; Mattos, L.; De la Osa-Langreo, A. y Gandía, R. (2007). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: a favor del origen orgánico. *Revista Neurología*, 44(3), 47-49.

Nigg, J.; John, O.; Blaskey, L.; Huang-Pollock, C.; Willcut, E.; Hinshaw, S. y Pennington, B. (2002). Big five dimensions and ADHD symptoms: links between personality traits and clinical symptoms. *Journal of personality and social psychology*, 83(2), 451.

Nigg, J. y Casey, B. (2005). An integrative theory of attention-deficit/hyperactivity disorder based on the cognitive and affective neurosciences. *Development and psychopathology*, 17(03), 785-806.

Northup, J. (1995). The differential effects of teacher and peer attention on the disruptive classroom behavior of three children with a diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder US. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 28(2), 227-228.

Ohan, J.; Cormier, N.; Hepp, S.; Visser, T. y Strain, M. (2008). Does knowledge about Attention Deficit/Hyperactivity Disorder impact teachers' reported behaviours and perceptions? *School Psychology Quarterly*, 23(3), 436-449.

Ohan, J.; Visser, T.; Strain, M. y Allen, L. (2011). Teachers' and education students' perceptions of and reactions to children with and without the diagnostic label "ADHD." *Journal of School Psychology*, 49(1), 81–105. doi:10.1016/j.jsp.2010.10.001

Olabuénaga, J. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa* (Vol. 15). Universidad de Deusto.

Organización Mundial de la Salud (OMS) *Clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (CIE-10). (1995). Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS). 10th edition.

Orjales, I. (2000). Déficit de atención con hiperactividad: el modelo híbrido de las funciones ejecutivas de Barkley. *Revista Complutense de Educación*, 11(1), 71-84.

Orjales, I. (2002). *Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores* (7ªed.). Madrid: CEPE.

Orjales, I. (2007). El tratamiento cognitivo en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): revisión y nuevas aportaciones. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 19-30.

Orjales, I., y Polaino, A. (2010). Programas de intervención cognitivo conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad (DDAH).

Ounsted, C. (1955). The hyperkinetic Síndrome in epileptic children. *Lancet*, 53, 303-311.

Papazian, O.; Alfonso, I. y García, V. (2002). The effect of discontinuation of methylphenidate at adolescence onset on adult attention deficit hyperactivity disorder. *Revista Neurología*, 35(1), 24-8.

Parellada, M. (coord.) (2014). *TDAH. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. De la infancia a la edad adulta*. Madrid: Alianza Editorial.

Pascual-Castroviejo, I. (2009). *Síndrome de Déficit de Atención-Hiperactividad*. Madrid: Díaz de Santos.

Pedraza-Vargas, S.; Perdomo-Carvajal, M. y Hernández-Manrique, N. (2009). Terapia narrativa en la co-construcción de la experiencia y el afrontamiento familiar en torno a la impresión diagnóstica de TDAH. *Universitas Psychologica*, 8(1), 199-214.

Pérez, R.; Galán, A. y Quintanal, J. (2012). *Métodos y diseños de investigación en educación*. Editorial UNED.

Peters, J.; Romine, J. y Dykman, R. (1975) A special neurological examination of children with learning disabilities. *Dev Med Child Neurol*, 17: 63-78.

Pfiffner, L. y McBurnett, K. (2006). Family correlates of comorbid anxiety disorders in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 725-735.

Pistoia, M.; Abad-Mas, L. y Etchepareborda, M. (2004); Abordaje psicopedagógico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad con el modelo de entrenamiento de las funciones ejecutivas. *Revista Neurología*, 38(1), 149-155.

Pliszka, S. (2009). *Treating ADHD and comorbid disorders. Psychosocial and psychopharmacological interventions*. New York: The Guilford Press.

Poeta, L. y Rosa-Neto, F. (2006). Características biopsicosociales de los escolares como indicadores de Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad. *Revista Neurología*, 43(10), 584-588.

Poeta, L. y Rosa-Neto, F. (2007). Evaluación motora en escolares con indicadores del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista Neurología*, 44, 146-149.

Porta, L. y Silva, M. (2003). La investigación cualitativa: El Análisis de Contenido en la investigación educativa. *Red Nacional Argentina de Documentación e Información Educativa* Recuperado de: [www. uccor. edu. ar/paginas/REDUC/porta.pdf](http://www.uccor.edu.ar/paginas/REDUC/porta.pdf)

Prechtl, H. y Stemmer, C. (1962). The choreiform syndrome in children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 8, 149-159.

Presentación-Herrero, M.; García-Castellar, R.; Miranda-Casas, A.; Siegenthaler-Hierro, R. y Jara-Jiménez, P. (2006). Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados. *Rev Neurol*, 42(137), 43.

Psiquiatría.com (2016). *La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y FAHYDA firman un protocolo de atención integral a menores con TDAH*. Consultado el 27/05/2016 de: http://www.psiquiatria.com/trastornos_infantiles/la-consejeria-de-salud-de-la-junta-de-andalucia-y-fahyda-firman-un-protocolo-de-atencion-integral-a-menores-con-tdah/#

Quintero, F.; Correas, J. y Quintero, F. (2009). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida*. Barcelona: Elviesier Masson

Quist, J.; Barr, C.; Schachar, R.; Roberts, W.; Malone, M.; Tannock, R. ... y Kennedy, J. (2003). The serotonin 5-HT1B receptor gene and attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*, 8(1), 98-102.

Rabiner, D.; Anastopoulus, A.; Costello, J.; Hoyle, R. y Swartzwelder, H. (2008). Adjustment to college in students with ADHD, *Journal of Attention Disorders*, 11 689-699.

Ramos, J.; Bosh, R. y Casas, M. (2009). *Comprender el TDAH en adultos. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos*. Barcelona: Amat.

Reátegui, D. y Vargas, H. (2008). Síntomas depresivos en pacientes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Revista Médica Herediana*, 19, 3, 96-101.

Reeve, R. (1994). *The Academic Impact of ADHD, Attention*. New York: Guilford Press.

Rief, S. (1993). *How to reach and teach ADD/ADHD Children*. West Nyock, NY: Simon & Schuster.

Rief, S. (2008). *Cómo tratar y enseñar al niño con problemas de atención e hiperactividad. Técnicas, estrategias e intervenciones para el tratamiento del TDA/DAH*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Riley, A.; Lyman, L.; Spiel, G.; Döpfner, M.; Lorenzo, M.; Ralston, S. y ADORE Study Group. (2006). The Family Strain Index (FSI). Reliability, validity, and factor structure of a brief questionnaire for families of children with ADHD. *European child & adolescent psychiatry*, 15(1), i72-i78. Erratum in: *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2009; 18:194-196.

Rinn, A.y Nelson, J. (2008). Preservice teachers' perceptions of behaviors characteristic of ADHD and giftedness. *Roeper review*, 31(1), 18-26.

Rogers, M.; Wiener, J.; Marton, I. y Tannock, R. (2009). Parental involvement in children's learning: Comparing parents of children with and without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of school psychology*, 47(3), 167-185.

Rojas, R. (2010). *Guía para realizar investigaciones sociales*. Plaza y Valdés: México.

Roman, T.; Schmitz, M.; Polanczyk, G.; Hutz, M.; Mattos, P. y Rohde, L. (2003). Etiología. *Principios e praticas em TDAH*, 35-52.

Roselló, B., Amado, L. y Bo, R. (2000). Patrones de comorbilidad en los distintos subtipos de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Neurol Clin*, 1, 181-92.

Roselló, B., García-Castelar, R., Tárraga-Mínguez, M. y Mulas, F. (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36 (Supl 1), 79-84.

Ruiz, V. y Nieves, A. (2005). *Conocimiento sobre TDAH en la comunidad escolar*. San Juan, PR: Universidad de Puerto Rico.

Rutter, M. (1989). "Attention deficit disorder/hyperkinetic syndrome: Conceptual and research issues regarding diagnosis and classification" en Bernardo de Quirós, (2000), *Síndrome de déficit de atención con y sin hiperactividad A.D./A.H. en niños, adolescentes y adultos*. Buenos Aires: Paidós

Salazar, O. y Londoño, A. (2009). *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. Recuperado de: http://www.valledellili.org/media/pdf/carta-salud/CSOctubre_2009.pdf

San Emeterio, M., de León Elizondo, A. y Sanz, E. (2011). Fundamentos en el manejo del NVIVO 9 como herramienta al servicio de estudios cualitativos. *Contextos educativos: Revista de educación*, (14), 11-30.

Sánchez, D.; Duque, D.; Manco, M. y Pareja, A. (2011). Importancia del conocimiento específico de los docentes sobre el TDA/H y su manejo en el aula de clase. En: Aletheia. *Revista de desarrollo humano, educativo y social contemporáneo*. [Revista electrónica], Vol. 3. No. 01. Disponible en: <http://aletheia.cinde.org.co/>

Scandar, R. (2003). *El niño que no podía dejar de portarse mal. TDAH: su comprensión y tratamiento*. Buenos Aires: Ed. Distal.

Schachar, R.; Sandber, S. y Rutter, M. (1986). Agreement between teacher's ratings and observation of hyperactivity, inattentiveness and defiance. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 331-345.

Scheres, A.; Milham, M.; Knutson, B. y Castellanos, F. X. (2007). Ventral striatal hypo-responsiveness during reward anticipation in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, 61(5), 720-724.

Sciutto, M.; Terjesen, M. y Bender, A. (2000). Teachers' knowledge and misperceptions of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychology in the Schools*, 37(2), 115-122. doi: 10.1002/(SICI)1520-6807(200003)37:2<115::AID-PITS3>3.0.CO;2-5

Seidman, L.; Biederman, J.; Weber, W.; Hatch, M. y Faraone, S. (1998). Neuropsychological Function in Adults with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Society of Biological Psychiatry*, 44: 260-268.

Sergeant, J. (2000). The cognitive-energetic model: an empirical approach to attention-deficit hyperactivity disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 24(1), 7-12.

Servera, M. (coord.) (2002) *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. Una perspectiva conductual de sistemas*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Servera, M.; Bornas, X. y Moreno, I. (2001). Hiperactividad in-fantil: conceptualización, evaluación y tratamiento. En V. E. Caballo y M.A. Simón (Eds.), *Manual de psicología clínica y del adolescente*, pp. 401-433. Madrid: Pirámide.

Servera, M. (2005). Modelo de Autorregulación de Barkley aplicado al trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión. *Revista Neurología*, 40(6), 358-368.

Seymour, K.; Chronis-Tuscano, A.; Halldorsdottir, T.; Stupica, B.; Wens, K. y Sacks, T. (2012). Emotion regulations mediates the relationship between ADHD and depressive symptoms in youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 595-606.

Sherman, J.; Rasmussen, C. y Baydala, L. (2008). The impact of teacher factors on achievement and behavioural outcomes of children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A review of the literature. *Educational Research*, 50(4), 347-360.

Silver, L. (2004). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Guía clínica de diagnóstico y tratamiento para profesionales de la salud*. Barcelona: Psiquiatría Editores, S.L.

Simposio Internacional. (2009). *“Hiperactividad y Déficit de Atención: desde la personalidad a la patología”*.

Snider, V.; Busch, T. y Arrowood, L. (2003). Teacher knowledge of stimulant medication and ADHD. *Remedial and Special Education*, 24, 47-57.

Solanto, M. (2002). Dopamine dysfunction in AD/HD: integrating clinical and basic neuroscience research. *Behavioural brain research*, 130(1), 65-71.

Solís-Cámara, R. y Solís-Cámara, V. (1988). Estimación del grado de actividad de los escolares según los padres y maestros y su relación con la impulsividad cognoscitiva. *Salud Mental*, 11(3), 30-39.

Sonuga-Barke, E.; Taylor, E.; Sembi, S. y Smith, J. (1992). Hyperactivity and delay aversion - I. The effect of delay on choice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33(2), 387-398.

Sonuga-Barke, E.; Williams, E.; Hall, M. y Saxton, T. (1996). Hyperactivity and delay aversion: III. The effect on cognitive style of imposing delay after errors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 189-194.

Sonuga-Barke, E. (2002). Psychological heterogeneity in AD/HD—a dual pathway model of behaviour and cognition. *Behavioural brain research*, 130(1), 29-36.

Sonuga-Barke, E. (2003). The dual pathway model of AD/HD: an elaboration of neuro-developmental characteristics. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 27(7), 593-604.

Soroa, M.; Gorostiaga, A. y Balluerka, N. (2016). Teachers' knowledge of ADHD: Relevance of Training and Individual Perceptions. *Revista de Psicodidáctica*, 21(2) DOI: 10.1387/RevPsicodidact.14023

- Soutullo, C. (2004) *Convivir con niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Madrid: Médica Panamericana.
- Soutullo, C. y Diez, A. (2007). Manual de Diagnóstico y Tratamiento del TDAH. Ed. Médica Panamericana. Madrid.
- Soutullo, C. (Coord.) (2013). *Informe PANDAH. El TDAH en España*. Barcelona: Adelphi.
- Spencer, T.; Biederman, J.; Wilens, T.; Prince, J.; Hatch, M.; Jones, J. ... y Seidman, L. (1998). Effectiveness and tolerability of tomoxetine in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155 (5), 693-695.
- Spencer, T.; Biederman, J. y Mick, E. (2007). Attention-deficit/Hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities and neurology. *Ambulatory Pediatrics*, 7, 73-81.
- Stacey, M. (2003). *Attention-deficit/hyperactivity disorder: General education elementary school teachers' knowledge, training, and ratings of acceptability of interventions* (Doctoral dissertation). Retrieved from <http://etd.fcla.edu/SF/SFE0000084/Thesis.pdf>
- Strauss, A. y Lehtinen, L. (1947). *Psychopathology and education of the brain-injured child*. New Yoirk: Grune y Stratton.
- Szatmari, P. y Taylor, D. (1984). Overflow movements and behaviour problems: scoring and using a modification of Fogs test. *Dev Med Child Neurol*, 26: 297-310.
- Taylor, D.; Powell, R.; Cherland, E. y Vaughan C. (1988). Overflow movements and cognitive, motor and behavioural disturbance: a normative study of girls. *Dev Med Child Neurol*, 30: 759-768.
- Thapar, A.; Langley, K.; Owen, M. y O'Donovan, M. (2007). Advances in genetic findings on attention deficit hyperactivity disorder. *Psychological medicine*, 37(12), 1681-1692.
- Terán, J., Vega, P. y Merayo, Y. (2012). Aspectos históricos y evolución del concepto de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): Mitos y realidades. *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*, 11(2), 7-20.
- Torell, L. y Rydell, A. (2008). Behaviour problems and social competence deficits associated with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder: effects of age and gender. *Child: Care, Health and Development*, 34, 584-595.

- Tripp, G. y Alsop, B. (2001). Sensitivity to reward delay in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(05), 691-698.
- Vaquerizo-Madrid, J.; Estévez-Díaz, F. y Pozo-García, A. (2005). El lenguaje en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: competencias narrativas. *Revista Neurología*, 41, 83-89.
- Valdizán, J. (2004). Evaluación diagnóstica y bases terapéuticas del metilfenidato de liberación inmediata en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Neurología*, 38, 501-506.
- Valdizán, J.; Mercado, E. y Mercado-Undanivia, A. (2007). Características y variabilidad clínica del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en niñas. *Revista Neurología*, 44(2), 27-30.
- Valdizán, J.; Navascués, M. y Sebastián-Guerrero, M. (2001). Cartografía cerebral y síndrome de atención deficiente con hiperactividad. *Revista Neurología*, 32, 127-132.
- Vereb, R. y DiPerna, J. (2004). Teachers' knowledge of ADHD, treatments for ADHD and treatment acceptability: an initial investigation. *School Psychology Review*, 33, 421-428.
- Villodas, M.; Pfiffner, L. y McBurnett, K. (2012). Prevention of serious conduct problems in youth with attention deficit/hyperactivity disorder. *Expert Re Neurother*, 12 (10), 1253-1263.
- Walker, E.; Bettis, B. y Ceci, S. (1984). Teachers' assumptions regarding the severity, causes, and outcomes of behavioral problems in preschoolers: Implications for referral. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(5), 899-902.
- Whalen, C.; Odgers, C.; Reed, P. y Henker, B. (2011). Dissecting daily distress in mothers of children with ADHD: an electronic diary study. *Journal of Family Psychology*, 25(3), 402.
- Weiss, G. y Hechtman, L. (1992). *Hyperactive Children grown up*. New York: Guildford Press.
- Wender, P. (1971). *Minimal brain dysfunction in children*. New York: Wiley.

West, J.; Taylor, M.; Houghton, S. y Hudyma, S. (2005). A comparison of teachers' and parents' knowledge and beliefs about attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *School Psychology International*, 26(2), 192-208. doi: 10.1177/0143034305052913

Willcutt, E.; Doyle, A.; Nigg, J.; Faraone, S. y Pennington, B. (2005). Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Biological psychiatry*, 57(11), 1336-1346

ANEXOS

ANEXO 1 Datos de contacto de las asociaciones españolas

	Abreviatura	Nombre y datos de la asociación	Localización y teléfono
1	AADAH	Asociación de Alicante para el Déficit de Atención con o sin Hiperactividad info@adahalicante.org / http://www.adahalicante.org	Alicante 603 671 047
2	AAMNDAH	AAMNDAH Alcobendas info@aamndah.com / http://www.aamndah.com	Alcobendas 654 118 457
3	AATEDA	Asociación aragonesa del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad aateda@ono.com	Huesca 680 599 589
4	AATEDA	Asociación aragonesa del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad aateda@ono.com	Zaragoza 976 522 293 (17:00-19:30 653 952 559 / 639 462 447
5	ABUDAH	Asociación burgalesa afectados por el Déficit de Atención e Hiperactividad asociacionabudah@gmail.com / http://www.abudah.es/	Burgos 650 767 693
6	ABUPHI	Asociación Abulense de personas hiperactivas abuphi@hotmail.com	Ávila 658 097 590
7	ACNH	Asociación Compostelana de niños y niñas hiperactivos acnh@acnhsantiago.com / http://www.acnhsantiago.org / acnhcompostela@blogspot.com	Santiago de Compostela 981 525 007

8	ACNIDA	Asociación Comarcal de niños, niñas y adultos con Dificultades de Aprendizaje del Bajo/Baix Cinca acnida2012@gmail.com	Fraga 628 675 773 638 729 538
9	ACODAH	Asociación cordobesa de Déficit de Atención e Hiperactividad acodah@gmail.com / http://www.acodah.org	Córdoba 625 26 35 15 625 263 515
10	ADAHBI	Asociación de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad de El Bierzo adahbierzo@gmail.com / http://www.asociacionadahbi.org	Ponferrada 686 025 035
11	ADAHl	Asociación de ayuda al Déficit de Atención con más o menos Hiperactividad. info@adahi.es / http://www.adahi.es	Cartagena 968 316 159 / 663 086 184/ 650 968 834 / 606 692 009
12	ADAHl	Asociación de ayuda al Déficit de Atención con más o menos Hiperactividad adahimurcia@hotmail.com / http://www.adahi.es	Murcia 670 985 693
13	ADAHl	Asociación de ayuda al Déficit de Atención con más o menos Hiperactividad adahimurcia@hotmail.com / http://www.adahi.es	Torre Pacheco 637 561 131
14	ADAHlAS	Asociación de afectados de Déficit de Atención por el Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad adahias@gmail.com / http://adahias.blogspot.com.es/	Astorga 673 526 008
15	ADAHlgi	Asociación de Déficit de Atención e Hiperactividad de Guipuzkoa adahigi@adahigi.org / http://www.adahigi.org/	Donostia 943 459 594

16	ADAHPO	Asociación Déficit de Atención Hiperactividad Pontevedra adahpo@hotmail.es / http://adahpo.org/	Pontevedra 886 204 436 685 738 190
17	ADHI	Asociación navarra para el tratamiento y el estudio del Déficit de Atención, Hiperactividad e Impulsividad asociacionadhi@gmail.com / www.adhi.asociacionespamplona.es	Pamplona 616 617 861 607 492 847
18	AFANDAH	Asociación de familiares de Alcorcón con niños/as con Déficit de Atención y/o Hiperactividad afandah@hotmail.com	Alcorcón 629 95 72 24 637 746 372
19	AFANTDAH 940	Asociación familiar de afectados con niños con TDAH de Fuenlabrada info@afantdah.org / http://afantdah.org	Fuenlabrada 685 537 770 695 562 825
20	AFHIP	Asociación de familiares de niños hiperactivos afhip1@gmail.com / http://asociacionafhip.wix.com/tdah	Jerez de la Frontera 956 349 474 601 263 309
21	AFNADAH	Asociación de familiares de niños y adolescentes con Déficit de Atención e Hiperactividad info@afnadah-gandia.com / www.afnadah-gandia.com	Gandía 602243018
22	AHIDA-TTE	Asociación ajut per l'Hiperactivitat i Déficit d'Atenció – Terres de l'Ebre ahida-tte@hotmail.com / http://www.tortosa.com/ahida-tte/	Roquetes 635 448 575

23	AIRE LIBRE	Asociación de familias con TDAH asairelibre@gmail.com / http://www.tdahairelibrehuelva.com	Huelva 959 234 698 615 767 252
24	ALENHI	Asociación leonesa de afectados por el Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad info@alenihi.org / http://www.alenihi.org	León 987 248 177 669 867 949
25	AMATDAH	Asociación madrileña de adultos con TDAH info@amatdah.org / http://amatdah.org	Madrid
26	AMHIDA	Asociación manchega de Hiperactividad y Déficit de Atención info@amhida.es / http://www.amhida.es	Ciudad Real 926 922 161 655 956 611 655 956 603
27	AMIDAH	Asociación mirandesa de afectados por el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad amidahimiranda@gmail.com	Miranda de Ebro 646 429 607
28	AMPACHICO	Asociación de madres y padres de niños y adolescentes hiperactivos y con trastornos de conducta ampachico@gmail.com / http://www.tdah-granada.com	Albolote 693728327 693 728 327
29	ANADAH	Asociación de niños y adultos con Déficit de Atención, Hiperactividad e Impulsividad anadahi@outlook.es / http://anadahi.kzcomunidades.net/es/html/	Vitoria-Gasteiz 945 213 943 665 704 998

30	ANDAH	Asociación de niños con Déficit de Atención e Hiperactividad cc.andah@gmail.com / http://www.tdah-andah-caceres.es	Cáceres 636 580 908 615 974 879 645 921 214
31	ANDAR	Asociación navarra de apoyo a personas con TDAH de la Ribera y sus familias andar@asociacionandar.com / http://www.asociacionandar.com	Tudela 948 824 763 636 697 327 630 979 416
32	ANHIDA	Asociación de niños con Hiperactividad y/o Déficit de Atención anhidavigo@anhida.org / http://www.anhida.es	Vigo 654 735 266 689 773 926 654 735 026
33	ANHIDACORUÑA	Asociación de niños con Trastorno por Déficit de Atención con/sin Hiperactividad de la provincia de A Coruña corunaanhida@gmail.com / www.anhidacoruna.com	Culleredo 981 903 830 676 583 232 698 133 438
34	ANHIPA	Asociación de niños hiperactivos del Principado de Asturias anhipa_asturias@hotmail.com / http://www.anhipa.com	Gijón 667 425 279 647 592 222
35	ANHIPA	Asociación de niños hiperactivos del Principado de Asturias anhipa_asturias@hotmail.com / http://www.anhipa.com	Oviedo 667 425 279 647 592 222

36	APADAHCAS	Padres de afectados por Déficit de Atención e Hiperactividad de la provincia de Castellón apadahcas@gmail.com / http://www.apadahcas.org	Castellón de la Plana 634504644 634 504 644
37	APDAH Terrassa	Associació de pares de nens amb déficit d'Atenció amb Hiperactivitat apdah.terrassa@gmail.com / http://apdah.terrassa.net	Terrassa 680 987 555
38	APNADAH	Asociación de padres de niños y adolescentes con Déficit de Atención e Hiperactividad asociacion@apnadah.org / http://www.apnadah.org	Valencia 963 293 494 963 382 096
39	APYDA	Associació provincial de pares i mares amb fills amb Dèficit d'Atenció amb Hiperactivitat info@apyda.com / http://www.apyda.com	Tarragona 620 863 402
40	ARPANIH	Asociación riojana de padres de niños hiperactivos arpanih@gmail.com / http://www.arpanih.org/	Logroño 608 692 614 608 692 614
41	ASANHI	Asociación salmantina de niños hiperactivos asanhi@gmail.com / http://www.asanhi.es/	Salamanca 664844058 671 487 316 664 844 058
42	ACANPADAH	Asociación cántabra de padres de ayuda al Déficit de Atención y/o Hiperactividad acanpadah@hotmail.com / http://www.acanpadah.org	Santander 647 874 045
43	ACOFA	Asociación Acofa TDAH acofatdah@gmail.com / http://acofatdah.jimdo.com	Almuñécar 674 651 007

44	ADAHIMOLINA	Asociación ADAHIMOLINA adahimolina@gmail.com	Molina de Segura 673 441 205
45	VIDA ACTIVA	Asociación Águilas Vida Activa aguilasvidaactiva@hotmail.com	Águilas 630 114 938
46	AHIDA BIZKAIA	Asociación AHIDA Bizkaia ahida05@gmail.com / http://www.ahida.es	Getxo 647 900 850
47	ANSHDA	Asociación de niños con Déficit de Atención con o sin Hiperactividad info@anshda.org / http://www.anshda.org/	Madrid 691 53 03 47
48	APANDAH	Asociación APANDAH apandah@gmail.com	Albacete 687 728 786 628 194 580 620 781 922
49	TDA-H y TGD	Asociación arandina TDA-H y TGD a.a.tdh@orangemail.es http://a-a-aranda-de-duero.xn--espaa-rta.asociaciones.tdah.tel/	Aranda de Duero 680 455 269
50	BULE BULE	Asociación Bule Bule info@tdahbulebule.org / http://tdahbulebule.org	Lugo 699474130 699 474 130
51	TDAH BAGES	Asociación de ayuda al TDAH del Bages aatdahdelbages@hotmail.com	Manresa 635 651 212
52	DE ORUGAS A MARIPOSAS	Asociación de niños con TDAH asociaciondeorugaamariposa@gmail.com http://deorugasamariposas.webnode.es/	Moguer 632 156 622

	Abreviatura	Nombre y datos de la asociación	Localización y teléfono
53	EL PUENTE - TDAH	Asociación El Puente - TDAH elpuentetdah@gmail.com / http://www.elpuentetdah.com/	Puente Genil 628 984 349
54	LORCA ACTIVA TDAH	Asociación Lorca Activa TDAH lorcactivatdah@hotmail.es / http://www.lorcaactivatdah.es	Lorca 647 127 776
55	NIN@CTIVO	Asociación niñ@ctivo info@ninoactivo.org / http://www.ninoactivo.org	Dos Hermanas 954 047 489 625 957 455
56	TDA-H PALENCIA	Asociación TDA-H info@tdah-palencia.es / http://www.tdah-palencia.es	Palencia 979 110 330 663 803 898
57	TDAH+16	Asociación TDAH+16 tdahmas16valencia@gmail.com	Valencia 963 756 303 626 215 746
58	TDAH.BA	Asociación TDAH Badajoz tdah.ba@gmail.com / asociaciontdahbadajoz.blogspot.com.es/	Badajoz
59	TDAH SARASATE	Asociación TDAH SARASATE info@tdahsarasate.com / http://www.tdahsarasate.com	Pamplona 948 277 090 672 219 829

60	TDAH- AXARQUÍA	Asociación Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad - Axarquía tdahaxarquia@gmail.com	Nerja 650 358 939
61	TDA-H - MÁLAGA	Asociación TDA-H - Málaga info@tdahmalaga.org / http://www.tdahmalaga.org	Málaga 635 435 086 655 073 515
62	TDAH PENEDÉS	Asociación TDAH-Penedés tdah-penedes@hotmail.com / http://tdahpenedes.vilaentitats.cat	Villafranca del Penedés 665 271 321 676 129 775
63	LA TORTUGA	Asociación Terapéutica La Tortuga asociacionterapeuticalatortuga@hotmail.com asociacionterapeuticalatortuga.es/	Almonte 615 198 515 605 839 646 697 606 592
64	ASPATHI	Asociación sevillana de padres y afectados con Trastornos Hiperkinéticos juntadirectiva.aspathi@gmail.com / http://www.aspathi.hol.es	Sevilla 615 268 903 625 558 153
65	ATENCIONA	Asociación regional aragonesa asociacionatenciona@gmail.com / http://www.atenciona.es	Zaragoza 876 164 948 675 493 273
66	ATIMANA-DAH	Asociación tinerfeña de madres y padres de niños y adolescentes con Déficit de Atención e Hiperactividad secretariaatimana@gmail.com / http://www.atimana.org	San Cristóbal de La Laguna 922 645 715
67	AVANZA TDAH	AVANZA TDAH Almansa almansa@avanzatdah.com	Almansa 634 294 026

68	AVATDAH	Asociación vallisoletana de afectados por Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad info@avatdah.org / http://www.avatdah.org	Valladolid 658 272 538 645 195 936
69	AZADAH	Asociación zamorana de afectados por el TDAH azadahizamora2012@gmail.com	Zamora 980 165 475
70	BESAY	Asociación de padres y madres de niñ@s y jóvenes con Déficit de Atención e Hiperactividad tdahbesay@hotmail.com / http://asociacionbesaydetdah.jimdo.com	El Paso 922 486 562
71	DAHIA	Déficit de Atención y/o Hiperactividad Asociación dahia.vinaros@gmail.com	Vinaroz 625 710 975
72	EUSARGHI	Federación de la Comunidad Vasca de asociaciones de Trastornos por Déficit de Atención con/sin hiperactividad http://www.eusarghi.org	País Vasco
73	FACAM TDAH	Federación castellano-manchega de asociaciones de familias y afectados de Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad presidenta.facam.tdah@gmail.com / http://facamtdah.es/	Ciudad Real 949 339 785 619 060 990
74	FACYL-TDAH	Federación de asociaciones de Castilla y León de TDAH facyl.comunicacion@gmail.com	Valladolid 646 254 333 609 938 721
75	FAHYDA	Federación andaluza de asociaciones de ayuda al Trastorno Hiperactivo y Déficit de Atención fahyda.org@gmail.com / http://fahyda.blogspot.com/	Málaga 693728555

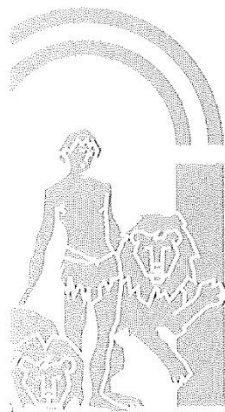
76	FCAFA TDAH	Federació catalana d'associacions de familiars i a afectats de TDAH fcfatdah.secretaria@gmail.com	Sant Boi de Llobregat 634 412 152
77	FEGADAH	Deferación galega de asoacións de familias de persoas afectadas por TDAH info@fegadah.org / http://www.fegadah.org/	Galicia
78	ADANA	Fundación ADANA info@fundacioadana.org / http://www.fundacioadana.org	Barcelona 932 411 979 932 411 977
79	CADAH	Fundación CADAH reginacobo@fundacioncadah.org / http://www.fundacioncadah.org	Santander 942 213 766 682 63 81 80
80	EDUCACIÓN ACTIVA	Fundación Educación Activa info@educacionactiva.com / http://www.educacionactiva.com/	Madrid 913 572 633
81	FUNDAICYL	Fundación de ayuda a la infancia de Castilla y León info@fundaicyl.org / http://www.fundaicyl.org	Valladolid 983221889 630 951 900
82	PLATAFORMA TDAH	Plataforma TDAH Associació plataformatdah@gmail.com / http://www.plataformatdah.org	Sant Boi de Llobregat 634 412 152
83	PLATAFORMA TDAH	Plataforma TDAH Associació plataformatdah@gmail.com / www.plataformatdah.org	Badalona 600 015 962 634 412 152

84	STILL	Asociación balear de padres de niños con Trastorno de Déficit de Atención con y sin Hiperactividad (TDAH) stilltdah@gmail.com / http://www.still-tdah.com/	Palma de Mallorca 971 460 230 619 515 187
85	TDAH VALLÈS	TDAH Vallès info@tdahvalles.org / http://www.tdahvalles.org	Sabadell 686 935 887 686 935 887

ANEXO 2 Convenio entre la Junta de Andalucía y FAHYDA

JUNTA DE ANDALUCÍA

**CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE LA CONSEJERÍA DE
SALUD Y LA FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE AYUDA AL
TRASTORNO HIPERCINÉTICO Y DÉFICIT DE ATENCIÓN
(FAHYDA) PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS
AFECTADOS CON TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT
DE ATENCIÓN.**



JUNTA DE ANDALUCÍA

En Sevilla, a 29 de Abril de 2016

REUNIDOS

De una parte, el Excmo. Sr. D. Aquilino Alonso Miranda, Consejero de Salud de la Junta de Andalucía, nombrado por Decreto de la Presidenta 14/2015, de 17 de junio (BOJA nº 117 de 18 de junio de 2015), en ejercicio de las competencias que le atribuye el artículo 63.2 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía y los artículos 9, 26.1 y 26.2.i) de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía.

Y de otra, Dña. María Fe Rico Nieto, en calidad de Presidenta de la Federación de Asociaciones de Ayuda al Trastorno Hiperkinético y Déficit de Atención FAHYDA, en virtud del nombramiento efectuado en la Asamblea General Extraordinaria celebrada con fecha 14 de noviembre de 2015, habilitada para la firma del presente Convenio según lo dispuesto en el artículo 19 de los Estatutos de la Federación de Asociaciones de Ayuda al Trastorno Hiperkinético y Déficit de Atención.

Ambas partes se reconocen capacidad legal suficiente para suscribir el presente Convenio y a tal efecto, en el ejercicio de las atribuciones que les están conferidas,

EXPONEN

PRIMERO.- El artículo 55 del Estatuto de Autonomía para Andalucía establece que corresponde a la Comunidad Autónoma la competencia exclusiva sobre organización, funcionamiento interno, evaluación, inspección y control de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Igualmente establece que le corresponde la competencia compartida en materia de sanidad interior y la ordenación, planificación, determinación, regulación y ejecución de los servicios y prestaciones sanitarias, sociosanitarias y de salud mental de carácter público en todos los niveles y para toda la población.

Corresponde a la Consejería de Salud, además de las atribuciones asignadas en el artículo 26 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía, la ejecución de las directrices y los criterios generales de la política de salud, planificación y asistencia sanitaria, asignación de recursos a los diferentes programas y demarcaciones territoriales, alta dirección, inspección y evaluación de las actividades, centros y servicios sanitarios, y aquellas otras competencias que le estén atribuidas por la legislación vigente, así como las políticas de consumo de la Junta de Andalucía y todas aquellas políticas de la Junta de Andalucía que en materia de salud y consumo tengan carácter transversal.

JUNTA DE ANDALUCÍA

SEGUNDO.- La Ley 1/1998, de 20 de abril, de los derechos y la atención al menor establece en su artículo 10 que la Administración sanitaria andaluza garantizará una especial atención a los menores, para lo que se regulará la provisión de los recursos humanos y técnicos necesarios y se establecerán, en las instalaciones sanitarias, espacios con una ubicación y conformación adecuadas.

TERCERO.- La Ley 2/1998, de 15 de Junio, de Salud de Andalucía, establece en sus artículos 6.1, 6.2 y 18 como objetivos fundamentales de la Consejería de Salud, el desarrollo de las actuaciones dirigidas a facilitar a los ciudadanos el derecho de acceso a las prestaciones y servicios sanitarios. Concretamente, en su apartado 2 el artículo 6 dispone que las personas menores de edad, los ancianos, los enfermos mentales, las personas que padecen enfermedades crónicas e invalidantes, y las que pertenezcan a grupos específicos reconocidos sanitariamente como de riesgo, tienen derecho a actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes.

CUARTO.- Asimismo, la Ley 6/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, en su artículo 14, reitera el derecho de las personas en situación de especial vulnerabilidad en Andalucía a unos programas de salud pública específicos o adaptados a sus necesidades especiales.

QUINTO.- La Federación Andaluza de Asociaciones de Ayuda al Trastorno Hiperkinético y Déficit de Atención (FAHYDA) es una entidad sin ánimo de lucro, constituida en Sevilla el 18 de febrero de 2006, e inscrita en la Sección Segunda de la Unidad Registral del Registro de asociaciones de Málaga, con el número 29-2-102

En la actualidad, representa a 15 asociaciones que agrupan a más de 2.000 familias de afectados de toda la Comunidad Autónoma, es miembro de la Federación Europea ADHD Europe, y está inscrita en el Censo de Entidades Colaboradoras de la Enseñanza de la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía, Registro General de Entidades del Voluntariado de la Consejería de la Presidencia y Administración Local de la Junta de Andalucía, y Censo de Asociaciones de Salud de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

De acuerdo con sus Estatutos, tiene su ámbito de actuación en la Comunidad Autónoma Andaluza, sin perjuicio de su participación o colaboración con cualquier otra Entidad, Institución y Organismo, en ámbito nacional o internacional, centrando su labor en la consecución de mejoras normativas en la atención y tratamiento de los afectados por el TDAH, diseñando, organizando y coordinando proyectos propios que incluyen el fomento del voluntariado, así como dando apoyo a la labor que realizan las asociaciones federadas, con la siguiente finalidad:

1. Asesorar a padres, profesionales, asociaciones e instituciones públicas y privadas sobre el Trastorno por Déficit Atención con o sin Hiperactividad (TDAH).
2. Promover actividades de formación e intercambio de proyectos, experiencias e investigaciones.

JUNTA DE ANDALUCÍA

3. Colaborar con instituciones públicas y privadas en los estudios y/o trabajos conjuntos que favorezcan el conocimiento de la problemática del TDAH.
4. Celebrar cursos, seminarios, congresos, conferencias, jornadas, etc. que contribuyan a la divulgación e investigación sobre el TDAH.
5. Fomentar el asociacionismo de afectados por el TDAH y sus familiares.
6. Cualquier otra actividad dirigida al estudio científico, educativo y social del TDAH.
7. Cualquier otro tipo de actividades y objetivos relacionados con la protección e intereses de los afectados por el TDAH.

SEXTO.- El TDAH es un trastorno grave de origen neurobiológico, resultado de una compleja interacción entre los aspectos biológicos y el medio ambiente, que puede originar muchos problemas en el desarrollo, y se manifiesta en todos los ámbitos que rodean a la persona afectada (familia, amigos, colegio, trabajo, pareja,...), originando deficiencias o dificultades para realizar sus actividades conforme a las normas generales, dificultándole alcanzar su potencial. Su manifestación es obvia desde antes de los 6 años y evoluciona a lo largo de la vida de la persona.

SÉPTIMO.- El trastorno tiene una prevalencia entre el 5-7% de la población. Se manifiesta en los varones frente a las mujeres en una proporción de 4 a 1, por la dificultad en el diagnóstico y en la falta de visibilidad de la sintomatología asociada al déficit de atención, si bien la principal dificultad radica en que el TDAH sin tratar cursa con otros trastornos comórbidos que hacen aún más complejo su diagnóstico e intervención.

OCTAVO.- Subsidiariamente se debe avanzar en el diagnóstico precoz gracias a una detección temprana de diagnóstico, diagnóstico diferencial respecto a otras patologías y presencia o no de comorbilidades asociadas. Eso supone una mejora en este objetivo que tiene como base la formación de pediatras en trastornos y patologías psiquiátricas de habitual comienzo en la infancia, capacitándolos en la detección de los primeros signos y síntomas. Teniendo en cuenta que son numerosos los trastornos que se inician en la edad infantil, y que son precisamente los pediatras los responsables de su seguimiento, se comprende que esta es una realidad ya emprendida pero que precisa una respuesta decidida y adecuada. Es preciso señalar que debido a la dificultad actual para realizar un diagnóstico precoz, estos niños no están incluidos en el proceso de Atención Temprana.

NOVENO.- Igualmente se debe apostar por la mejora del seguimiento a través de derivación a los servicios especializados y por la accesibilidad a un tratamiento multimodal eficaz buscando mejorar la coordinación de todos los sectores implicados, así como buscar los medios para que haya una continuidad asistencial, una vez que se pasa de la atención pediátrica a la del médico de familia.

JUNTA DE ANDALUCÍA

En virtud de cuanto antecede, las partes intervinientes suscriben el presente Convenio de Colaboración, con sujeción a las siguientes

ESTIPULACIONES

PRIMERA.- OBJETO.

El presente Convenio tiene como objeto mejorar la calidad asistencial de los afectados con trastornos de hiperactividad y déficit de atención a través de la difusión e implantación de un protocolo de atención al TDAH en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, que llevará aparejado una estrategia de información y formación a profesionales del ámbito sanitario y asociativo.

SEGUNDA.- OBLIGACIONES.

De la Consejería de Salud

- 1 La Consejería de Salud pondrá en marcha un plan de difusión e implantación del protocolo de atención al TDAH.
- 2 La Consejería de Salud diseñará e implantará una estrategia de información y, en su caso, de formación a los profesionales sanitarios del SSPA en relación al Protocolo de Atención al TDAH así como de los profesionales de las asociaciones vinculadas a FAHYDA.

De FAHYDA

3. FAHYDA asume realizar un plan de información y difusión dirigido a las asociaciones que la conforman.
4. FAHYDA se compromete a colaborar con la Consejería de Salud en las iniciativas que ésta ponga en marcha para la difusión del protocolo y para su adecuada implantación.

TERCERA.- FINANCIACIÓN.

Ninguna de las partes firmantes del presente Convenio asume obligaciones de carácter económico por la suscripción del mismo.

CUARTA.- COMISIÓN DE SEGUIMIENTO.

1. A efectos de control y seguimiento del presente Convenio, se constituirá una comisión formada por dos miembros de la Consejería de Salud y dos miembros de FAHYDA, y podrán participar siempre que se considere necesario representantes de la Consejería de Educación para asegurar la correcta transición entre los ámbitos de educación y salud.

JUNTA DE ANDALUCÍA

2. La Comisión de Seguimiento tendrá las siguientes funciones:

- Velar por la difusión y el cumplimiento de los plazos de la estrategia de información y formación del protocolo.
- Conocer el desarrollo de la estrategia y buscar soluciones a las dificultades de implementación del protocolo.
- Velar por la detección e intervención precoz, la continuidad asistencial y la coordinación salud-educación-familias como elementos imprescindibles en el abordaje integral del TDAH.
- Promover la adecuada coordinación entre los protocolos de Salud y de Educación, así como con otros sectores relacionados con el trastorno (menores, valoración discapacidad, dependencia, ...).
- Informar sobre la interpretación, seguimiento y prórroga del Convenio y resolver cuantas circunstancias e incidencias se produzcan como consecuencia de la interpretación y ejecución del mismo.

3. Con relación al régimen de funcionamiento de la Comisión, en lo no previsto expresamente en el presente Convenio, se estará a lo dispuesto en el Capítulo II del Título II de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y en la Sección 1ª del Capítulo II del Título IV de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía.

QUINTA.- RÉGIMEN JURÍDICO.

El presente Convenio tiene naturaleza administrativa, y en lo no previsto en el mismo se estará a lo que dispone la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y de Procedimiento Administrativo Común. De acuerdo con lo establecido en el artículo 4.1.d) del Texto Refundido de Ley de Contratos del Sector Público aprobado por Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, queda fuera de su ámbito de aplicación, sin perjuicio de que le resulten de aplicación los principios contenidos en dicho texto legal para resolver las dudas y lagunas que pudieran suscitarse en su interpretación y aplicación, tal y como se establece en el apartado segundo del artículo 4 de la citada Ley.

SEXTA.- CUESTIONES LITIGIOSAS.

1. Las partes se comprometen a resolver de manera amistosa, en el seno de la Comisión de Seguimiento, las discrepancias que pudieran surgir sobre la interpretación, desarrollo, modificación, resolución y efectos que pudieran derivarse de la aplicación del presente Convenio.
2. Las cuestiones litigiosas o controvertidas a que puedan dar lugar la aplicación e interpretación del presente Convenio de Colaboración, que no hayan sido resueltas en el seno de la Comisión de Seguimiento prevista en la estipulación cuarta, se someterán a la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la citada Jurisdicción.

JUNTA DE ANDALUCÍA

SÉPTIMA.- VIGENCIA DEL CONVENIO.

El presente Convenio de Colaboración surtirá efectos desde el momento de su firma y tendrá una duración de cuatro años, pudiendo prorrogarse por años sucesivos mediante acuerdo expreso de las partes antes de su expiración o de la terminación de cualquiera de sus prórrogas, salvo denuncia expresa y por escrito de cualquiera de las partes realizada con tres meses de antelación a la fecha de vencimiento del plazo inicial estipulado o de cualquiera de sus prórrogas.

OCTAVA.- CAUSAS DE RESOLUCIÓN DEL CONVENIO.

1. Sin perjuicio de lo estipulado en la cláusula anterior, serán causas de resolución del presente Convenio las siguientes:
 - El incumplimiento por cualquiera de las partes firmantes de las obligaciones asumidas con la suscripción del presente Acuerdo.
 - El mutuo acuerdo de las partes, formulado de forma expresa y por escrito.
2. Para la terminación de las actuaciones en curso y demás efectos de la extinción del Convenio por causa distinta a su cumplimiento, se estará a lo establecido en la Ley de Contratos del Sector Público, cuyo texto refundido fue aprobado por el Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre.

Y, en prueba de conformidad de todo lo expuesto, las partes firman el presente Convenio por triplicado ejemplar, en el lugar y fecha indicados en el encabezamiento.

Por la Consejería de Salud
EL CONSEJERO

D. Aquilino Alonso Miranda

Por la Federación de Asociaciones de
Ayuda al Trastorno Hipercinético y
Déficit de Atención (FAHYDA)
LA PRESIDENTA

D^a. María Fe Rico Nieto

ANEXO 3 Protocolo de actuación y coordinación TDAH andaluz

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

Dirección General de Participación e Innovación Educativa

INSTRUCCIONES DE 20 DE ABRIL DE 2012, DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PARTICIPACIÓN E INNOVACIÓN EDUCATIVA, POR LA QUE SE ESTABLECE EL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN Y COORDINACIÓN PARA LA DETECCIÓN E INTERVENCIÓN EDUCATIVA CON EL ALUMNADO CON PROBLEMAS O TRASTORNOS DE CONDUCTA Y CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON O SIN HIPERACTIVIDAD.

El Protocolo interdepartamental de colaboración entre las Consejerías de Gobernación y Justicia; Educación; Salud e Igualdad y Bienestar Social para el abordaje de actuaciones conjuntas en relación con menores con problemas y/o trastornos de conducta, de 21 de diciembre de 2011, reconociendo las competencias propias de cada una de las Consejerías firmantes, recoge la necesidad de coordinación de las cuatro Consejerías con la finalidad de ofrecer una respuesta conjunta que garantice el principio de interés superior del menor y que permita la puesta en marcha de acciones coordinadas dirigidas a la prevención, detección temprana y atención de los problemas graves de conducta, así como la promoción de hábitos y conductas saludables, la educación en valores, el desarrollo positivo, la recuperación del proyecto vital de las familias y el desarrollo integral del menor en un entorno más solidario, equitativo y no estigmatizante.

La estipulación cuarta de dicho protocolo establece la elaboración de un documento que regulará actuaciones conjuntas y procedimientos de intervención con las y los menores que presentan trastornos conductuales y sus familias, tanto en una primera fase de detección temprana y diagnóstico, como en una segunda fase de intervención especializada.

El documento al que se refiere el párrafo anterior indica en el apartado primero que las actuaciones que en él se recogen se dirigen concretamente a aquellos menores que presentan problemas o trastornos de conducta entendidos éstos como *patrones de comportamiento caracterizados por respuestas conductuales o emocionales inapropiados para su edad, que aparecen de forma persistentes en al menos dos ámbitos distintos de socialización. Estos patrones de comportamiento afectan gravemente al desarrollo evolutivo del menor, generan consecuencias negativas para sí mismo, para los demás y para su entorno, y requieren por su complejidad, intervenciones multidisciplinares y coordinación intersectorial.*

Igualmente, el citado documento, incluye tres niveles de coordinación (en el entorno inmediato del menor, en el ámbito provincial y en el ámbito autonómico) que se activan *cuando las necesidades del caso obligan a la coordinación con otras áreas y tras haber agotado las medidas y recursos disponibles en cada una de las instituciones implicadas.*

Por lo tanto, se hace necesario establecer pautas concretas para la aplicación de dichas medidas en el ámbito educativo así como para la puesta en funcionamiento de los recursos propios de la Consejería de Educación. Estas pautas, que se establecerán como protocolo básico de actuación en casos de alumnado con problemas o trastornos de conducta y con el alumnado



con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, incluirán aspectos relativos a la detección, a la intervención educativa ordinaria y especializada, así como a la derivación e intercambio de información entre la Consejería de Educación y otros servicios cuya intervención, en su caso, se pudiese considerar necesaria. Con este objetivo, dicto las siguientes:

INSTRUCCIONES

Primera. Objeto.

Las presentes instrucciones tienen por objeto el establecimiento del protocolo básico de actuación y coordinación en el ámbito educativo en relación con el alumnado con problemas o trastornos de conducta, así como con el alumnado con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. Igualmente, es objeto de estas instrucciones la regulación de los criterios y procedimientos para la derivación de casos a los servicios dependientes de la Consejería de Salud y a los Servicios Sociales Comunitarios, así como el establecimiento de pautas para el intercambio de información entre los servicios que pudiesen estar interviniendo con una alumna o alumno.

Segunda. Alumnado destinatario.

El alumnado escolarizado en las etapas de Educación Primaria y Educación Secundaria Obligatoria al que se aplicará el protocolo recogido en estas instrucciones será inicialmente aquel que, de manera reiterada, presente conductas disruptivas, agresivas, de déficit de atención, de inhibición o de aislamiento. Igualmente, será destinatario de este protocolo el alumnado que, a juicio de las y los profesionales de la orientación educativa, presente necesidades educativas especiales asociadas a conductas compatibles con trastornos de conducta o con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad de acuerdo con los criterios recogidos en las clasificaciones diagnósticas establecidas internacionalmente.

Tercera. Detección e intervención inicial.

1. Cuando el tutor o tutora de un grupo o cualquier miembro del equipo docente aprecie en el alumnado de manera reiterada la presencia de conductas disruptivas, agresivas, de déficit de atención, de inhibición o de aislamiento, dicho equipo docente pondrá en funcionamiento medidas educativas para mejorar el nivel de adaptación social del alumno o alumna. Si la detección se hubiese producido en el ámbito familiar y la familia trasladase la información correspondiente al tutor o tutora, se arbitrarán las medidas oportunas para el desarrollo de actuaciones educativas conjuntas.
2. Serán de aplicación las medidas que, recogidas en la Orden de 25 de julio de 2008, por la que se regula la atención a la diversidad del alumnado que cursa la educación básica en los centros docentes públicos de Andalucía, resulten adecuadas para este alumnado.



Igualmente, se aplicarán las medidas de atención a la diversidad que se recojan en el Proyecto Educativo y que, en relación con este alumnado, podrían incluir, entre otras: adecuaciones en la gestión del aula, medidas de ajuste curricular, actuaciones de desarrollo personal y social enmarcadas dentro de la acción tutorial, programas de modificación de conducta, etc.

3. Del mismo modo, podrán ser de aplicación las medidas que se establecen en la Orden de 20 de junio de 2011, por la que se adoptan medidas para la promoción de la convivencia en los centros docentes sostenidos con fondos públicos y se regula el derecho de las familias a participar en el proceso educativo de sus hijos e hijas. Entre ellas podrían destacarse los programas de mediación, la intervención con el alumnado desde el aula de convivencia, así como los compromisos educativos y de convivencia a los que se refieren los artículos 18 y 19 respectivamente de la citada orden.
4. Para la selección y aplicación de estas medidas educativas, se contará con el asesoramiento de la orientadora u orientador de referencia del Equipo de Orientación Educativa, en el caso de los centros de Educación Primaria y de la orientadora u orientador del centro en el caso de los Institutos de Educación Secundaria.

Cuarta. Evaluación psicopedagógica.

1. Si tras la aplicación de las medidas adoptadas en el nivel anterior durante un periodo de seis meses no se apreciase mejora en el nivel de adaptación social y/o la reducción o eliminación de las conductas que motivaron el inicio de la intervención o, en cualquier momento, se observen por parte del orientador u orientadora indicios de compatibilidad con trastornos graves de conducta o con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad se realizará, previo consentimiento informado de las familias, la correspondiente evaluación psicopedagógica por parte del Equipo de Orientación Educativa o el Departamento de Orientación. Esta evaluación podrá realizarse sin haber agotado el plazo establecido en esta instrucción en aquellos casos en los que, a juicio del orientador u orientadora, se requieran, por su gravedad, la aplicación de medidas educativas especializadas.
2. De dicha evaluación, que podrá contar con el asesoramiento del Equipo de Orientación Educativa Especializado, se derivará el correspondiente informe de evaluación psicopedagógica y, si fuese procedente y sólo en el caso de alumnado con conductas compatibles con trastornos graves de conducta o trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, el dictamen de escolarización en el que se propongan los recursos y la respuesta educativa más adecuada.



Quinta. Compatibilidad con trastornos graves de conducta o trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.

1. Aunque, para el inicio de la intervención educativa con el alumnado al que se refieren estas instrucciones, no se considere necesaria la confirmación del posible diagnóstico por parte de los servicios correspondientes de la Consejería de Salud; cuando, en el proceso de evaluación psicopedagógica, se compruebe que el alumno o alumna, presenta conductas que podrían ser compatibles con alguno de los trastornos graves de conducta que se recogen en la clasificaciones diagnósticas internacionales o con los trastornos por déficit de atención con o sin hiperactividad, el orientador u orientadora, asesorados, en su caso, por el Equipo de Orientación Educativa Especializado, previo consentimiento informado por parte de la familia, trasladará el caso a los citados servicios de salud (pediatra o médico de atención primaria) para su diagnóstico y, en su caso, tratamiento.
2. Dicha derivación, se realizará en todo caso a través de la familia del alumno o la alumna y se acompañará de un informe de derivación que será elaborado por el orientador u orientadora. El contenido de dicho informe se ajustará al establecido en el anexo I de estas instrucciones.
3. En el caso de no existir el consentimiento de la familia, desde el ejercicio de la acción tutorial, se explicará la conveniencia del procedimiento de valoración para una adecuada intervención con el alumno o la alumna. Si persistiese la falta de consentimiento, esta circunstancia será comunicada por la dirección del centro a los Servicios Sociales de las Corporaciones Locales conforme a lo establecido en la Orden de 20 de junio de 2011, por la que se adoptan medidas para la promoción de la convivencia en los centros docentes sostenidos con fondos públicos y se regula el derecho de las familias a participar en el proceso educativo de sus hijos e hijas.
4. La unidad correspondiente de la Consejería de Salud (pediatra o médico de atención primaria y, en su caso, Unidad de Salud Mental Comunitaria o Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil) devolverá al Equipo de Orientación Educativa o al Departamento de Orientación del centro en el que se escolariza el alumno o alumna la información sobre su valoración y tratamiento. Dicha información será incorporada al expediente del alumno o la alumna así como al informe de evaluación psicopedagógica. Será la familia del alumno o la alumna la responsable de trasladar esta información al centro educativo.
5. Cuando un alumno o alumna sea derivado a los servicios de salud bien por presentar conductas compatibles con trastornos graves de conducta o trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad y se confirme el diagnóstico o se prescriba atención especializada, el Equipo de Orientación Educativa o el Departamento de Orientación correspondiente comunicará dicha circunstancia a la Delegación Provincial de Educación para que lo ponga en conocimiento del Equipo de Orientación Educativa Especializado



JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

Dirección General de Participación e Innovación Educativa

en trastornos de conducta, en caso de que hasta el momento no se hubiese producido la intervención de dicho equipo o se cuente con información adicional en relación con el caso. Esta información será archivada con objeto de poder utilizarla en posibles intervenciones que se enmarquen dentro de los protocolos de coordinación con otros servicios contempladas en el Protocolo interdepartamental de colaboración entre las Consejerías de Gobernación y Justicia; Educación; Salud e Igualdad y Bienestar Social para el abordaje de actuaciones conjuntas en relación con menores con problemas y/o trastornos de conducta, de 21 de diciembre de 2011.

Quinta. Seguimiento de las medidas adoptadas.

Para el seguimiento de las medidas adoptadas, desde el centro educativo se diseñarán las acciones oportunas que permitan, con la participación de todos los agentes implicados, realizar su valoración y la aplicación de las modificaciones necesarias.

LA DIRECTORA GENERAL DE PARTICIPACIÓN E
INNOVACIÓN EDUCATIVA



Mercedes González Fontádez



ANEXO I

CONTENIDO DEL INFORME DE DERIVACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD

1. Datos personales.

- Nombre y apellidos.
- Fecha de nacimiento.
- Centro.
- Curso.
- Datos de los padres, madres o tutores o guardadores legales.

2. Síntesis de la evaluación psicopedagógica.

2.1. Información relevante en relación con:

- Aspectos cognitivos:
- Aspectos socio-afectivos:
- Aspectos de la comunicación y el lenguaje:

2.2. Relación de pruebas aplicadas.

2.3. Rendimiento escolar.

(Indicar si el rendimiento es adecuado en relación con el curso, ciclo y grupo-clase en el que se escolariza)

Adecuado ☐
No adecuado ☐

Otros (indicar cualquier otro aspecto relevante en relación con el proceso de aprendizaje):



2.4. Conductas observadas.

- Descripción de las conductas observadas:
- Frecuencia y persistencia de las conductas:
- Las conductas, además de en la escuela, se producen en los siguientes contextos:
- Producen un deterioro en la actividad:

Personal	<input type="checkbox"/>
Social	<input type="checkbox"/>
Académica	<input type="checkbox"/>

3. Actuaciones realizadas hasta el momento.


(Especificar, en su caso, pautas al profesorado, a las familias, actuaciones desarrolladas con el alumno o la alumna.)

Fecha, firma y sello

Fdo.: _____
(El orientador o la orientadora)



ANEXO 4 Cuestionario enviado a las entidades de formación



Actualidad formativa en Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en Andalucía.

Agradeceríamos que respondiera a estas cuestiones relacionadas con la actividad formativa en Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad que ofertan. Marque con una X y/o responda a las siguientes cuestiones:

**Obligatorio*

Dirección de correo electrónico *

Nombre de la acción formativa *

1. Tipología general del centro *

☐ Público

☐ Privado

2. Tipología concreta de centro *

☐ Universidad

☐ Fundación/Asociación

☐ Colegio Profesional

☐ Empresa Educativa

☐ Sindicato

☐ Otros

3. Modalidad de la actividad *

☐ Presencial

☐ Semipresencial

☐ Online

☐ A distancia

4. Número medio de participantes inscritos por curso *

☐ Menos de 25

☐ Entre 26 y 30

☐ Más de 30

☐ Más de 50

☐ Más de 100

5. Duración de la actividad *

- ☐ Menos de 10 horas
- ☐ Entre 10 y 30 horas
- ☐ Más de 30 horas
- ☐ Más de 50 horas

6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada *

- ☐ 1ª edición
- ☐ 2ª Edición
- ☐ 3ª Edición
- ☐ 4ª Edición
- ☐ 5ª Edición
- ☐ Más de cinco ediciones

7. Certificación o titulación expedida *

Tu respuesta

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado) *

Tu respuesta

9. Destinatarios de la acción formativa *

Tu respuesta

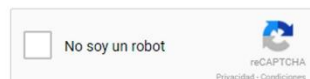
10. Objetivos de la acción formativa (Describe los objetivos de la acción formativa. Le agradeceríamos asimismo que nos remitiera el programa de la actividad formativa al correo grieded@us.es)

Tu respuesta

11. Contenidos de la acción formativa (Describe los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa. Le agradeceríamos asimismo que nos remitiera el programa de la actividad formativa al correo grieded@us.es)

Tu respuesta

☐ Envíame una copia de mis respuestas.



ENVIAR

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. Informar sobre abusos - Condiciones del servicio - Otros términos

Google Formularios

ANEXO 5 Compromiso de confidencialidad

FACULTAD DE CC. DE LA EDUCACIÓN
Dpto. de Teoría e Historia de la
Educación y Pedagogía Social

COMPROMISO DE LA INVESTIGADORA

D^a ROSA DOMÍNGUEZ MARTÍN, con D.N.I. 48981222-P

como Investigadora de Posgrado y autora del proyecto de Tesis Doctoral titulado: "Actualidad formativa en Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en Andalucía. Estudio Preliminar para el diseño de acciones formativas dirigidas a profesionales docentes", para cuyo desarrollo se solicita acceso a la información recogida en el cuestionario,

DECLARA

COMPROMISO CONFIDENCIALIDAD

manifiesto mi compromiso de respeto de la normativa vigente en cuanto a las garantías de confidencialidad y anonimato de los datos, ajustando las herramientas de análisis y recogida de datos a la *Guía de Protección de Datos de Carácter Personal para los Centros de Enseñanza*, elaborada por la Consejería de Educación (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal).

TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTO

Una vez finalizado el estudio/proyecto, manifiesto mi compromiso de remisión de un informe/resumen con las conclusiones fundamentales al Organismo/Institución/Centro colaborador, así como la oportuna transferencia de conocimiento si los resultados o conclusiones son pertinentes y de interés en beneficio de los responsables de las acciones formativas y/o de los destinatarios de la formación.

Y para que así conste, firma la presente solicitud en SEVILLA, a 3 de NOVIEMBRE de 2016...

Firma de la solicitante.



D/D^a ROSA DOMÍNGUEZ MARTÍN

ANEXO 6 Carta de la dirección de la Tesis Doctoral



FACULTAD DE CC. DE LA EDUCACIÓN
Dpto. de Teoría e Historia de la
Educación y Pedagogía Social

CLARA ROMERO PÉREZ, CON NIF 28.711.015-T, CATEDRÁTICA DE ESCUELA UNIVERSITARIA ADSCRITA AL DEPARTAMENTO DE TEORÍA E HISTORIA DE LA EDUCACIÓN Y PEDAGOGÍA SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA,

INFORMA QUE

El proyecto de Tesis Doctoral titulado *“Actualidad formativa en Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en Andalucía. Estudio Preliminar para el diseño de acciones formativas dirigidas a profesionales docentes”*, que viene desarrollando D^a Rosa Domínguez Martín desde el Curso Académico 2015/2016 y para cuyo desarrollo se solicita acceso a la información recogida en el cuestionario que acompaña a esta carta de presentación, es pertinente y relevante para los ámbitos científico y pedagógico.

La información que puedan facilitar a través de este cuestionario brindarán datos relevantes para la investigación cuyo objetivo principal es conocer, con exhaustividad y rigor científico, la oferta formativa desarrollada en los últimos años (2011-2016) en TDAH en la Comunidad Autónoma de Andalucía. Complementario a este objetivo, el segundo objetivo que se propone el estudio es elaborar una Guía de Buenas Prácticas, evaluada por expertos, que facilite el diseño de acciones formativas específicamente dirigidas a los profesionales docentes para el abordaje educativo del TDAH.

Por todo ello,

SOLICITO

La colaboración de su Institución facilitando los datos que le invitamos a proporcionar para el adecuado desarrollo de la investigación en curso.

Agradeciendo su inestimable ayuda, no dude en contactar conmigo para cualquier aclaración o información adicional que estime de interés, a través de algunas de estas dos direcciones electrónicas:

clararomero@us.es
grieded@us.es

En Sevilla, a 3 de Noviembre de 2016.

Fdo. Clara Romero Pérez

ANEXO 7 Fichas descriptivas de las actividades formativas

01 CADAH

FUNDACIÓN CADAH

CURSO EXPERTO TDAH: PROPUESTA INTEGRAL

<http://www.cursosonlinetdah.com/online/curso-experto-en-tdah-respuesta-integral/menu.html?account=cadah>

- 1. Tipología general del centro:** Entidad sin ánimo de lucro
- 2. Tipología concreta de centro:**
- 3. Modalidad de la actividad:** Online
- 4. Número medio de participantes inscritos por curso:**
- 5. Duración de la actividad:** 75 horas
- 6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:**
- 7. Certificación o titulación expedida:** El curso no tiene reconocimiento oficial para créditos de formación de cara a oposiciones, concursos de traslados, sexenios o libre configuración.
- 8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado):** Una vez completado, Fundación CADAH otorgará al alumno un diploma acreditativo de la realización del curso.
- 9. Destinatarios de la acción formativa:**
- 10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):**
 - Proporcionar una visión global del abordaje del trastorno, desde su detección hasta su tratamiento.
 - Indicar el correcto protocolo de evaluación del TDAH para perfilar un buen diagnóstico diferencial.
 - Facilitar los conocimientos necesarios para orientar a las familias en la búsqueda del diagnóstico y la mejor intervención.
 - Orientar sobre las necesidades psicopedagógicas y psicológicas de los afectados para poder ofrecer la mejor intervención en cada caso.
 - Dotar de habilidades educativas específicas destinadas a niños con TDAH.
 - Proporcionar recursos para el conocimiento de los procedimientos e instrumentos de evaluación del TDAH en edad escolar.
 - Orientar sobre las pautas básicas para la relación colegio-familia de los alumnos con TDAH.
 - Formar en técnicas cognitivo-conductuales, de resolución de conflictos y de comunicación.
 - Enseñar a estimular a los hijos para que lleven una vida autónoma y mejorar el autoconcepto y autoestima de padres e hijos.

Conseguir un clima familiar afectuoso, cálido, emocionalmente apoyador, con límites claros y razonables.

Enseñar a afrontar las necesidades educativas de los hijos con el fin de eliminar su fracaso +6escolar.

Reducir la problemática asociada al impacto del TDAH adolescente en la familia.

Enseñar a estimular a los adolescentes para que lleven una vida autónoma y mejoren su autoconcepto y autoestima.

Conocer los métodos y técnicas de intervención psicopedagógica en el TDAH.

11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

Evaluación Inicial

MÓDULO 1: INTRODUCCIÓN AL TDAH.

U.D. 1: Definición y características del TDAH. Caso Práctico 1: Luis

U.D. 2: Trastornos asociados al TDAH. Caso Práctico 2: Fran.

Evaluación Continua Módulo 1

MÓDULO 2: EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DEL TDAH.

U.D. 3: Protocolo General de Evaluación del TDAH.

U.D. 4: Protocolo de Evaluación Clínica del TDAH. Caso Práctico 3: Daniel

U.D. 5: Protocolo de evaluación psicopedagógica en el TDAH.

U.D. 6: Valoración cognitiva-conductual y del estilo de aprendizaje. Caso Práctico 4: Pablo

U.D. 7: Diagnóstico diferencial del TDAH.

Evaluación Continua Módulo 2

MÓDULO 3: TRATAMIENTO MULTIMODAL DEL TDAH.

U.D. 8: Protocolo de intervención general en el TDAH.

U.D. 9: Intervención psicopedagógica en el TDAH.

U.D. 10: Métodos y técnicas de intervención terapéutica global en el TDAH. Caso Práctico 5: Estefanía.

U.D. 11: Métodos y técnicas de intervención psicológica en el TDAH.

U.D. 12: Tratamiento farmacológico en el TDAH. Caso Práctico 6: Javier.

Evaluación Continua Módulo 3

MÓDULO 4: INTERVENCIÓN EN EL HOGAR: TDAH Y FAMILIA.

U.D. 13: TDAH: Un reto para la condición de padres. Caso Práctico 7: Manuel.

U.D. 14: Intervención familiar. Focos de intervención.

U.D. 15: TDAH: límites y normas. Caso Práctico 8: David.

U.D. 16: Modificación de conducta.

Evaluación Continua Módulo 4.

MÓDULO 5: LA RESPUESTA EDUCATIVA AL ALUMNO EN EDUCACIÓN PRIMARIA.

U.D. 17: La respuesta educativa al alumno con TDAH. Caso Práctico 9: Alfonso.

U.D. 18: Estrategias a desarrollar con el alumno con TDAH dentro del aula.

U.D. 19: TDAH: Adaptaciones ambientales y metodológicas. Caso Práctico 10: Beatriz.

U.D. 20: Cómo desarrollar la autonomía y los hábitos de estudio de los niños.

Evaluación Continua Módulo 5.

MÓDULO 6: EL TDAH EN LA ADOLESCENCIA.

U.D. 21: Características generales del TDAH adolescente.

U.D. 22: Cuadro clínico del adolescente con TDAH.

U.D. 23: Perfiles de TDAH en la adolescencia. Caso Práctico 11: Fermín.

U.D. 24: Enfoque psicoterapéutico en adolescentes con TDAH.

U.D. 25: Psicoeducación en adolescentes con TDAH.

U.D. 26: Coaching en adolescentes con TDAH. Caso Práctico 12: Jesús.

Evaluación Continua Módulo 6.

MÓDULO 7: COMORBILIDAD EN EL ADOLESCENTE CON TDAH.

U.D. 27: Comorbilidades del adolescente con TDAH.

U.D. 28: Trastornos afectivos comórbidos del adolescente con TDAH.

U.D. 29: Trastornos por adicciones (con o sin sustancia) comórbidos del adolescente con TDAH.

U.D. 30: Trastornos del comportamiento disruptivo comórbidos del adolescente con TDAH. Caso Práctico 13: Cristian.

U.D. 31: Prevenir e intervenir en los TUS en adolescentes con TDAH.

U.D. 32: Intervención en adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes con TDAH. Caso Práctico 14: Carmelo.

Evaluación Continua Módulo 7.

MÓDULO 8: LA RESPUESTA EDUCATIVA AL ADOLESCENTE CON TDAH.

U.D. 33: El papel del profesor con el adolescente con TDAH.

U.D. 34: Seguimiento del alumno adolescente con TDAH. Caso práctico 15: Almudena.

U.D. 35: Aspectos generales de la comunicación con adolescentes con TDAH.

U.D. 36: Estrategias ambientales con el adolescente con TDAH (I).

U.D. 37: Estrategias ambientales con el adolescente con TDAH (II).

U.D. 38: Estrategias cognitivas con el alumno adolescente con TDAH. Caso práctico 16: Aroa.

Evaluación Continua Módulo 8.

EVALUACIÓN FINAL.

02 CADAH

FUNDACIÓN CADAH

CURSO TDAH Y FAMILIA

<http://www.cursosonlinetdah.com/online/tdah-y-familia/menu.html?account=cadah>

1. Tipología general del centro: Entidad sin ánimo de lucro

2. Tipología concreta de centro:

3. Modalidad de la actividad: Online

4. Número medio de participantes inscritos por curso:

5. Duración de la actividad: 25 horas

6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:

7. Certificación o titulación expedida: El curso no tiene reconocimiento oficial para créditos de formación de cara a oposiciones, concursos de traslados, sexenios o libre configuración.

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación

(Propio/Homologado): Una vez completado, Fundación CADAH otorgará al alumno un diploma acreditativo de la realización del curso.

9. Destinatarios de la acción formativa:

10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):

Ofrecer información amplia sobre el TDAH y formar en estrategias educativas y psicológicas eficaces.

Facilitar más recursos educativos y formativos para promover actitudes, habilidades personales y sociales.

Formar en técnicas cognitivo-conductuales, de resolución de conflictos y de comunicación.

Enseñar a estimular a los hijos para que lleven una vida autónoma y mejorar el autoconcepto y autoestima de padres e hijos.

Capacitar para auto-observar la conducta individual y familiar, con una actitud de crítica constructiva.

Ayudar a identificar las fortalezas y debilidades de las familias para afrontar los desafíos de la vida de cada uno de sus miembros.

Conseguir un clima familiar afectuoso, cálido, emocionalmente apoyador, con límites claros y razonables.

Enseñar a afrontar las necesidades educativas de sus hijos con el fin de eliminar su fracaso escolar.

11. Contenidos de la acción formativa (Describe los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

Evaluación inicial

MÓDULO 1

U.D. 1: Definición, características - Funciones Ejecutivas en los afectados con TDAH. Caso práctico.

U.D. 2: TDAH: Un reto para la condición de Padres. Caso práctico.

Evaluación continua: Módulo 1

MÓDULO 2

U.D. 3: Familia como modelo - Fortaleza y debilidades. Caso práctico.

U.D. 4: Un pilar en dos - Autoconcepto y autoestima. Caso práctico.

Evaluación continua: Módulo 2

MÓDULO 3

U.D. 5: Comunicación y asertividad. Caso práctico.

U.D. 6: Límites y normas. Caso práctico.

Evaluación continua: Módulo 3

MÓDULO 4

U.D. 7: Cómo desarrollar la autonomía y los hábitos de estudios de los niños. Caso práctico.

U.D. 8: Modelamiento de conductas reflexivas. Caso práctico.

Evaluación continua: Módulo 4

MÓDULO 5

U.D. 9: Relaciones Familia – Colegio. Caso práctico.

U.D. 10: Tratamiento farmacológico en el TDAH.

Evaluación continua: Módulo 5

MÓDULO 6

U.D. 11: TDAH y adicciones. Caso práctico.

U.D. 12: Modificación de conducta. Caso práctico 2.

Evaluación final

Encuesta de satisfacción

03 CADAH

FUNDACIÓN CADAH

CURSO TDAH: EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y PROTOCOLOS DE INTERVENCIÓN

<http://www.cursosonlinetdah.com/online/evaluacion-diagnostico-e-intervencion-psicopedagogica/menu.html?account=cadah>

- 1. Tipología general del centro:** Entidad sin ánimo de lucro
- 2. Tipología concreta de centro:**
- 3. Modalidad de la actividad:** Online
- 4. Número medio de participantes inscritos por curso:**
- 5. Duración de la actividad:** 35 horas
- 6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:**
- 7. Certificación o titulación expedida:** El curso no tiene reconocimiento oficial para créditos de formación de cara a oposiciones, concursos de traslados, sexenios o libre configuración.
- 8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado):** Una vez completado, Fundación CADAH otorgará al alumno un diploma acreditativo de la realización del curso.
- 9. Destinatarios de la acción formativa:**
- 10. Objetivos de la acción formativa (Describe los objetivos de la acción formativa):**

Ofrecer información amplia sobre el TDAH.

Proporcionar una visión global del abordaje del trastorno, desde su detección hasta su tratamiento.

Indicar el correcto protocolo de evaluación del TDAH para perfilar un buen Diagnóstico Diferencial.

Mostrar las herramientas de evaluación psicológicas y neuropsicológicas necesarias para realizar un buen Diagnóstico Diferencial.

Facilitar los conocimientos necesarios para orientar a las familias en la búsqueda del diagnóstico y la mejor intervención.

Orientar sobre las necesidades psicopedagógicas y psicológicas de los afectados para poder ofrecer la mejor intervención en cada caso.

Formar en estrategias educativas y psicológicas eficaces.

Dotar de los conocimientos para ofrecer la mejor respuesta terapéutica tanto a los afectados como a las familias.

Mostrar la hoja de ruta adecuada para ofrecer a las familias una orientación optima sobre qué hacer a partir del diagnóstico.

11. Contenidos de la acción formativa (Describe los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

MÓDULO 1

U.D. 1: Protocolo General de Evaluación del TDAH.

U.D. 2: Diagnóstico diferencial del TDAH. Caso Daniel (I)

Evaluación del módulo 1

MÓDULO 2

U.D. 3: Protocolo de Evaluación Clínica del TDAH

U.D. 4: Pruebas para la evaluación clínica del TDAH

U.D. 5: Pruebas complementarias para la evaluación del TDAH. Caso Daniel (II)

Evaluación del módulo 2

MÓDULO 3

U.D. 6: Protocolo de evaluación psicopedagógica en el TDAH

U.D. 7: Valoración cognitiva-conductual y del estilo de aprendizaje. Caso Pablo

Evaluación del módulo 3

MÓDULO 4

U.D. 8: Protocolo de intervención general en el TDAH

U.D. 9: La psicoeducación

U.D. 10: Relación e intervención en el centro escolar. Caso Adrián

Evaluación del módulo 4

MÓDULO 5

U.D. 11: Protocolo de actuación general en el TDAH, ¿qué pasos debe dar un gabinete?

U.D. 12: Intervención familiar. Focos de intervención. Caso Manuela

Evaluación del módulo 5

MÓDULO 6

U.D. 13: Intervención psicopedagógica en el TDAH

U.D. 14: Métodos y técnicas de intervención terapéutica global en el TDAH

U.D. 15: Intervención sobre los aspectos socio-emocionales en el TDAH. Caso Estefanía

Evaluación del módulo 6

MÓDULO 7

U.D. 16: Intervención psicológica en el TDAH

U.D. 17: Métodos y técnicas de intervención psicológica en el TDAH

U.D. 18: Coaching en el TDAH. Caso Alberto

Evaluación del módulo 7

Evaluación final

04 CADAH

FUNDACIÓN CADAH

CURSO TDAH: RESPUESTA EDUCATIVA AL ADOLESCENTE TDAH

<http://www.cursosonlinetdah.com/online/curso-tdah-respuesta-educativa-al-adolescente-con-tdah/menu.html?account=cadah>

1. Tipología general del centro: Entidad sin ánimo de lucro

2. Tipología concreta de centro:

3. Modalidad de la actividad: Online

4. Número medio de participantes inscritos por curso:

5. Duración de la actividad: 35 horas

6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:

7. Certificación o titulación expedida: El curso no tiene reconocimiento oficial para créditos de formación de cara a oposiciones, concursos de traslados, sexenios o libre configuración.

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación

(Propio/Homologado): Una vez completado, Fundación CADAH otorgará al alumno un diploma acreditativo de la realización del curso.

9. Destinatarios de la acción formativa:

10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):

Informar sobre las características y sintomatología del TDAH adolescente.

Conocer el papel del profesor en el desarrollo de los adolescentes con TDAH en las aulas.

Conocer diferentes tipos de estrategias prácticas, tanto ambientales como cognitivas para poner en práctica con los adolescentes con TDAH.

Adquirir pautas para desarrollar una buena comunicación con el adolescente con TDAH.

Formarse en métodos adecuados para llevar a cabo una adecuada resolución de conflictos con el adolescente con TDAH y su entorno.

Aprender qué pautas y procesos debemos tener en cuenta a la hora de abordar el futuro profesional de los adolescentes con TDAH.

11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

EL ALUMNO ADOLESCENTE CON TDAH

U.D. 1: La etapa adolescente

U.D. 2: Cuadro clínico del adolescente con TDAH. Caso práctico: Módulo 1

Evaluación continua: Módulo 1

EL ADOLESCENTE CON TDAH EN EL AULA

U.D. 3: El papel del profesor con el adolescente con TDAH

U.D. 4: Seguimiento del alumno adolescente con TDAH. Caso práctico: Módulo 2

Evaluación continua: Módulo 2

ESTRATEGIAS AMBIENTALES Y COGNITIVAS CON EL ALUMNO ADOLESCENTE CON TDAH

U.D. 5: Estrategias ambientales con el adolescente con TDAH (I)

U.D. 6: Estrategias ambientales con el adolescente con TDAH (II)

U.D. 7: Estrategias cognitivas con el alumno adolescente con TDAH. Caso práctico: Módulo 3

Evaluación continua: Módulo 3

COMUNICACIÓN ENTRE PROFESOR Y EL ADOLESCENTE CON TDAH Y SU ENTORNO

U.D. 8: Aspectos generales de la comunicación con adolescentes con TDAH

U.D. 9: ¿Cómo resolver un conflicto con un alumno adolescente con TDAH?

U.D. 10: ¿Cómo debe ser la comunicación entre profesores, adolescentes y su entorno? Caso práctico: Módulo 4

Evaluación continua: Módulo 4

ORIENTACIÓN ACADÉMICA-LABORAL

U.D. 11: Aspectos generales de la orientación laboral en adolescentes

U.D. 12: Planes del departamento de orientación. Caso práctico: Módulo 5

Evaluación continua: Módulo 5

Evaluación final

05 CADAH

FUNDACIÓN CADAH

CURSO TDAH: DETECCIÓN E INTERVENCIÓN EN ADOLESCENTES

<http://www.cursosonlinedah.com/online/curso-tdah-intervencion-con-adolescentes/menu.html?account=cadah>

1. Tipología general del centro: Entidad sin ánimo de lucro

2. Tipología concreta de centro:

3. Modalidad de la actividad: Online

4. Número medio de participantes inscritos por curso:

5. Duración de la actividad: 40 horas

6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:

7. Certificación o titulación expedida: El curso no tiene reconocimiento oficial para créditos de formación de cara a oposiciones, concursos de traslados, sexenios o libre configuración.

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación

(Propio/Homologado): Una vez completado, Fundación CADAH otorgará al alumno un diploma acreditativo de la realización del curso.

9. Destinatarios de la acción formativa:

10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):

Ofrecer información amplia sobre el TDAH y formar a los profesionales en estrategias cognitivas y conductuales de manejo para adolescentes.

Capacitar a los profesionales de la salud mental, para la detección y e intervención del TDAH adolescente.

Reducir la problemática asociada al impacto del TDAH adolescente en la familia.

Formar tanto a profesionales como a la familia en técnicas cognitivo-conductuales, de resolución de conflictos y de comunicación positiva con el adolescente.

Enseñar a estimular a los adolescentes para que lleven una vida autónoma y mejoraren su autoconcepto y autoestima.

Prevenir y actuar sobre la comorbilidad y los riesgos de la etapa adolescente.

Alcanzar un clima en el hogar del adolescente controlable, establece, afectivo y con límites y normas bien definidos.

11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

TDAH EN LA ADOLESCENCIA

U.D. 1: La etapa adolescente

U.D. 2: Características generales del TDAH adolescente

U.D. 3: Cuadro clínico del adolescente con TDAH

U.D. 4: Perfiles de TDAH en la Adolescencia. Caso práctico: Módulo 1

Evaluación continua: Módulo 1

COMORBILIDAD EN EL TDAH ADOLESCENTE

U.D. 5: Comorbilidades del adolescente con TDAH

U.D. 6: Trastornos Afectivos comórbidos del adolescente con TDAH

U.D. 7: Trastornos del Comportamiento Disruptivo comórbidos del adolescente con TDAH

U.D. 8: Trastornos por adicciones (con o sin sustancia) comórbidos del adolescente con TDAH. Caso práctico: Módulo 2

Evaluación continua: Módulo 2

TRATAMIENTO EN ADOLESCENTES CON TDAH

U.D. 9: Tratamiento farmacológico en adolescentes con TDAH

U.D. 10: Enfoque psicoterapéuticos en adolescentes con TDAH

U.D. 11: Psicoeducación con Adolescentes con TDAH

U.D. 12: Coaching con Adolescentes con TDAH. Caso práctico: Módulo 3

Evaluación continua: Módulo 3

MÉTODOS Y TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS CON ADOLESCENTES CON TDAH

U.D. 13: Técnicas de Intervención cognitivo-conductual con adolescentes con TDAH (Parte I)

U.D. 14: Técnicas de Intervención cognitivo-conductual con adolescentes con TDAH (Parte II).
Caso práctico: Módulo 4

Evaluación continua: Módulo 4

DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL DEL ADOLESCENTE CON TDAH

U.D. 15: Desarrollo de la Inteligencia emocional del adolescente con TDAH

U.D. 16: Entrenamiento en Habilidades Socioemocionales en Adolescentes con TDAH (Parte I)

U.D. 17: Entrenamiento en Habilidades Socioemocionales en Adolescentes con TDAH (Parte II). Caso Práctico: Módulo 5

Evaluación continua: Módulo 5

INTERVENCIÓN SOBRE LA PROBLEMÁTICA AFECTIVA Y CONDUCTUAL DEL ADOLESCENTE CON TDAH

U.D. 18: Intervención sobre los problemas de conducta del adolescente con TDAH

U.D. 19: Intervención sobre los Trastornos emocionales y del Humor del adolescente con TDAH. Caso práctico: Módulo 6

Evaluación continua: Módulo 6

INTERVENIR EN ADICCIONES (CON Y SIN SUSTANCIA) EN ADOLESCENTES CON TDAH

U.D. 20: Comorbilidad TUS-TDAH en adolescentes

U.D. 21: Prevenir e intervenir en los TUS en adolescentes con TDAH

U.D. 22: Intervención en Adición a las Nuevas Tecnologías en adolescentes con TDAH. Caso Práctico: Módulo 7

Evaluación continua: Módulo 7

Evaluación final

06 CADAH

FUNDACIÓN CADAH

CURSO TDAH: RESPUESTA EDUCATIVA AL ALUMNO

<http://www.cursosonlinetdah.com/online/tdah-respuesta-educativa/menu.html?account=cadah>

1. Tipología general del centro: Entidad sin ánimo de lucro

2. Tipología concreta de centro:

3. Modalidad de la actividad: Online

4. Número medio de participantes inscritos por curso:

5. Duración de la actividad: 15 horas

6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:

7. Certificación o titulación expedida: El curso no tiene reconocimiento oficial para créditos de formación de cara a oposiciones, concursos de traslados, sexenios o libre configuración.

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación

(Propio/Homologado): Una vez completado, Fundación CADAH otorgará al alumno un diploma acreditativo de la realización del curso.

9. Destinatarios de la acción formativa:

10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):

Informar sobre las características y sintomatología del TDAH.

Dotar de habilidades educativas específicas destinadas a niños con TDAH.

Conocer los métodos y técnicas de intervención psicopedagógica en el TDAH.

Proporcionar recursos para el conocimiento de los procedimientos e instrumentos de evaluación del TDAH en edad escolar.

Ofrecer un trato personalizado al alumno, para poder lograr sus objetivos formativos.

Orientar sobre las necesidades psicopedagógicas y psicológicas de los afectados para poder ofrecer la mejor intervención en cada caso.

11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

MÓDULO 1

U.D. 1: Definición, características - Funciones Ejecutivas en los afectados con TDAH. Caso práctico: Unidad didáctica 1

U.D. 2: Trastornos ASOCIADOS AL ÁMBITO ESCOLAR Y SOCIAL – Detección. Caso práctico: Unidad didáctica 2

Evaluación continua: Módulo 1

MÓDULO 2

U.D. 3: Estrategias a desarrollar con el alumno con TDAH dentro del aula. Caso práctico: Unidad didáctica 3

U.D. 4: TDAH: Adaptaciones ambientales y metodológicas. Caso práctico: Unidad didáctica 4

Evaluación continua: Módulo 2

MÓDULO 3

U.D. 5: Procedimiento e instrumentos de evaluación del TDAH en edad escolar. Caso práctico: Unidad didáctica 5

U.D. 6: Métodos y técnicas de intervención terapéutica global en el TDAH. Caso práctico: Unidad didáctica 6

U.D. 7: La respuesta educativa al alumno con TDAH. Caso práctico: Unidad didáctica 7

Evaluación continua: Módulo 3

EVALUACIÓN FINAL

07 CADAH

FUNDACIÓN CADAH

CURSO TDAH EN EL AULA

<http://www.cursosonlinetdah.com/online/tdah-aula/menu.html?account=cadah>

- 1. Tipología general del centro:** Entidad sin ánimo de lucro
- 2. Tipología concreta de centro:**
- 3. Modalidad de la actividad:** Online
- 4. Número medio de participantes inscritos por curso:**
- 5. Duración de la actividad:** 30 horas
- 6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:**
- 7. Certificación o titulación expedida:** El curso no tiene reconocimiento oficial para créditos de formación de cara a oposiciones, concursos de traslados, sexenios o libre configuración.
- 8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado):** Una vez completado, Fundación CADAH otorgará al alumno un diploma acreditativo de la realización del curso.
- 9. Destinatarios de la acción formativa:**
- 10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):**
 - Informar sobre las características y sintomatología del TDAH.
 - Dotar de habilidades educativas específicas destinadas a niños con TDAH.
 - Formar en técnicas cognitivo-conductuales, de resolución de conflictos escolares y de comunicación emocional.
 - Proporcionar recursos para el conocimiento de los procedimientos e instrumentos de evaluación del TDAH en edad escolar.
 - Orientar sobre las pautas básicas para la relación colegio-familia de los alumnos con TDAH.
 - Informar sobre la normativa aplicable al alumnado con NEE.

Indicar los tratamientos farmacológicos empleados en el TDAH y sus posibles efectos secundarios.

Ofrecer un trato personalizado al alumno, para lograr sus objetivos formativos.

11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

Evaluación inicial

MÓDULO 1

U.D. 1: Definición, características - Funciones Ejecutivas en los afectados con TDAH.
Caso práctico 1

Evaluación Unidad didáctica 1

U.D. 2: Trastornos añadidos - Detección del TDAH y Derivación. Caso práctico 2

Evaluación continua: Módulo 1

MÓDULO 2

U.D. 3: Estrategias a desarrollar con el alumno con TDAH dentro del aula. Caso práctico 3

U. D. 4: TDAH: Adaptaciones ambientales y metodológicas. Caso práctico 4

Evaluación continua: Módulo 2

MÓDULO 3

U.D. 5: TDAH: Comunicación y asertividad. Caso práctico 5

U.D. 6: TDAH: Un pilar en dos - Autoconcepto y autoestima. Caso práctico 6.1.

Caso práctico 6.2

Evaluación continua: Módulo 3

MÓDULO 4

U.D. 7: Procedimiento e instrumentos de evaluación del TDAH en edad escolar.

Caso práctico 7

U.D. 8: TDAH: Modificación de conducta. Caso práctico 8

Evaluación continua: Módulo 4

MÓDULO 5

U.D. 9: La respuesta educativa al alumno con TDAH. Caso práctico 9

U.D. 10: Tratamiento farmacológico en el TDAH.

Evaluación continua: Módulo 5

EVALUACIÓN FINAL

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

08 ADANA

FUNDACIÓN ADANA

EXPERTO TDAH, TRASTORNOS DE APRENDIZAJE Y CONDUCTA

<http://www.adanatraining.com/postgrado-online/presentacion/>

<http://www.adanatraining.com/wp-content/uploads/2015/08/Informacion-postgrado-online-16-17.pdf>

1. Tipología general del centro: Fundación sin ánimo de lucro

2. Tipología concreta de centro: Privada

3. Modalidad de la actividad: Online

4. Número medio de participantes inscritos por curso:

5. Duración de la actividad: 20 créditos ECTS

6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada: 4

7. Certificación o titulación expedida: Título Propio Experto en TDAH, Trastornos del Aprendizaje y Trastornos de la Conducta.

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado): por el Centro Universitario La Salle, centro adscrito a la Universidad Autónoma de Madrid (UAM).

9. Destinatarios de la acción formativa: Reconocido como actividad formativa dirigida al profesorado (certificado emitido por el Departament d' Ensenyament de la Generalitat de Catalunya y con reconocimiento a nivel nacional por todas las administraciones educativas).

10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):

Ampliar su formación como profesional novel, en cualquiera de las especialidades a las que se dirige este postgrado.

Estudiar casos reales a partir de las numerosas y reconocidas actividades llevadas a cabo en Fundación Adana y en entidades colaboradoras.

Analizar la realidad de los pacientes con TDAH, Trastornos del Aprendizaje y los Trastornos de la Conducta Perturbadora desde su primera infancia hasta la entrada en la edad adulta.

Aprender y entrenarse en el manejo del diagnóstico del TDAH, los Trastornos del Aprendizaje y los Trastornos de la Conducta Perturbadora.

Conocer y practicar con los recursos terapéuticos disponibles para atender a niños y jóvenes con estos trastornos.

Reforzar e incrementar las habilidades necesarias para alcanzar la excelencia en el ejercicio profesional.

11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

– Trastornos de inicio en la infancia:

El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), de la infancia a la tercera edad

El Trastorno negativista desafiante

El Trastorno disocial

Los Trastornos del aprendizaje: Trastorno de la lectura, Trastorno del cálculo y Trastorno de la expresión escrita

Trastornos de Tics: Trastorno de la Tourette

Trastornos Generalizados del Desarrollo: Trastorno de Asperger

– Otros trastornos en la infancia, adolescencia y edad adulta:

Trastornos de ansiedad

Trastornos del estado de ánimo: Trastorno depresivo y Trastorno bipolar

Trastorno antisocial de la personalidad

Trastornos por abuso de sustancias y otras adicciones

Fenotipos específicos: Síndrome X frágil y Síndrome alcohólico fetal

– Causas y mecanismos implicados en la aparición de estos trastornos

– La evaluación de estos trastornos:

La entrevista clínica

Escalas de detección

Tests y cuestionarios

La exploración neuropsicológica

Diagnóstico diferencial

Comorbilidades y problemas asociados

– Abordaje y tratamiento de estos trastornos:

Intervención con los niños y jóvenes

Intervención con los adultos

Psicoeducación a las familias

Psicoeducación a los docentes y programas en las escuelas

Tratamiento conductual

Entrenamiento en habilidades socioemocionales

Entrenamiento en autoinstrucciones

Grupos de ayuda mutua

Tratamiento farmacológico

Tratamiento psicopedagógico

Tratamientos efectivos versus tratamientos controvertidos

– La resolución de conflictos:

Conflictos en el hogar

Conflictos en la escuela

Relación familia-escuela

La agresividad

“Bullying”

– El fracaso escolar:

Intervención psicopedagógica de los trastornos del aprendizaje

Estrategias para mejorar la motivación, la autoestima y la comunicación

El niño y joven con altas capacidades

09 ADANA

FUNDACIÓN ADANA

CURSO INTERVENCIÓN DIFICULTADES APRENDIZAJE

<http://www.adanatraining.com/cursos-online/>

1. Tipología general del centro: Fundación sin ánimo de lucro

2. Tipología concreta de centro: Privada

3. Modalidad de la actividad: A distancia

4. Número medio de participantes inscritos por curso:

5. Duración de la actividad: 20 horas

6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:

7. Certificación o titulación expedida:

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado):

9. Destinatarios de la acción formativa: Profesionales del ámbito de la salud y educación que desean formarse en los trastornos de aprendizaje.

10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):

11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

Definición, evaluación, diagnóstico diferencial, comorbilidad con otros trastornos y la intervención sobre las dificultades del aprendizaje en la Dislexia, la Discalculia, el TDAH y el TANV.

10 ADANA

FUNDACIÓN ADANA

CURSO EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN TDAH

<http://www.adanatraining.com/cursos-online/>

1. Tipología general del centro: Fundación sin ánimo de lucro

2. Tipología concreta de centro: Privada

3. Modalidad de la actividad: A distancia

4. Número medio de participantes inscritos por curso:

5. Duración de la actividad: 20 horas

6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:

7. Certificación o titulación expedida:

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado):

9. Destinatarios de la acción formativa: Profesionales que desean formarse en el diagnóstico del TDAH.

10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):

11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

Últimas actualizaciones en la detección e evaluación de éste trastorno para poder realizar un diagnóstico fiable y preciso.

11 ADANA

FUNDACIÓN ADANA

CURSO REEDUCACIONES PSICOPEDAGÓGICAS

<http://www.adanatraining.com/cursos-online/>

1. **Tipología general del centro:** Fundación sin ánimo de lucro
2. **Tipología concreta de centro:** Privada
3. **Modalidad de la actividad:** A distancia
4. **Número medio de participantes inscritos por curso:**
5. **Duración de la actividad:** 20 horas
6. **Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:**
7. **Certificación o titulación expedida:**
8. **Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado):**
9. **Destinatarios de la acción formativa:** Profesionales que deseen iniciarse en la intervención psicopedagógica de los niños y jóvenes con TDAH.
10. **Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):**
11. **Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):**

Últimas actualizaciones en la detección e evaluación de éste trastorno para poder realizar un diagnóstico fiable y preciso.

12 MAPFRE

FUNDACIÓN MAPFRE

TÍTULO ESPECIALIZACIÓN TDAH

<http://www.educacionactiva.com/titulo-especializacion-en-tdah/>

1. **Tipología general del centro:** Fundación sin ánimo de lucro
2. **Tipología concreta de centro:** Privada, Mapfre
3. **Modalidad de la actividad:** Online
4. **Número medio de participantes inscritos por curso:**
5. **Duración de la actividad:** 100 horas
6. **Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:**

7. Certificación o titulación expedida:

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado): Fundación Educación Activa

9. Destinatarios de la acción formativa: Profesionales que deseen iniciarse en la intervención psicopedagógica de los niños y jóvenes con TDAH.

10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):

Queremos concienciar a la sociedad de que, con un diagnóstico precoz y ayuda, un niño con TDAH puede tener un buen pronóstico para afrontar la adolescencia y la posterior vida adulta. Para ello, es esencial, la divulgación del trastorno y la formación a los profesionales y a los familiares para que sepan cómo afrontarlo.

11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

Conferencia 1 – TDAH: Diagnóstico, Demografía y Subtipificación

Conferencia 2 – La naturaleza del TDAH: las Funciones Ejecutivas y Autorregulación – Parte1

Conferencia 3 – Las Funciones Ejecutivas y Autorregulación como fenotipo ampliado – Parte1

Conferencia 4 – Avances en la comprensión de la etiología del TDAH

Conferencia 5 – Factores de riesgo en la Infancia y sus implicaciones en el tratamiento

Conferencia 6 – Consecuencias del TDAH en adolescentes y adultos: implicaciones en el tratamiento

Conferencia 7 – La importancia de las emociones en el TDAH

Conferencia 8 – La comorbidad y su impacto en el tratamiento del TDAH

Conferencia 9 – Asesoramiento para padres y el manejo del TDAH en el hogar

Conferencia 10 – El manejo del TDAH en el entorno escolar

Conferencia 11 – Los medicamentos para el tratamiento del TDAH

Conferencia 12 – La evaluación del TDAH en niños y adolescentes

Conferencia 13 – TDAH en adultos – Naturaleza y Diagnóstico – Parte 1

Conferencia 14 – TDAH en adultos – Parte 2

Conferencia 15 – TDAH en adultos – Evaluación y Tratamiento – Parte 3

13 ALBOR-COHS

FUNDACIÓN ALBOR-COHS + FUNDACIÓN CALVIDA

MÁSTER EN DIFICULTADES DE APRENDIZAJE Y PROBLEMAS DE CONDUCTA

<http://gacformacion.com/master-en-psicologia-de-la-educacion/>

- 1. Tipología general del centro:** Organización Independiente
- 2. Tipología concreta de centro:** Privada
- 3. Modalidad de la actividad:** Online
- 4. Número medio de participantes inscritos por curso:**
- 5. Duración de la actividad:** 150 horas de prácticas supervisadas y 150 horas de trabajo personal.
- 6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:**
- 7. Certificación o titulación expedida:** Máster Profesional en DIFICULTADES DE APRENDIZAJE Y PROBLEMAS DE CONDUCTA: Asesoramiento, Evaluación e Intervención PsicoEducativa”
- 8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado):** Título Propio del Grupo ALBOR-COHS, Centro adscrito a la Universidad europea “Fernando Pessoa”
- 9. Destinatarios de la acción formativa:** Licenciados o Graduados (Magisterio, Psicología, Pedagogía, PsicoPedagogía,...). Estudiantes de último curso.
- 10. Objetivos de la acción formativa (Describe los objetivos de la acción formativa):**

Dotar a los participantes de un Modelo Conceptual Operativo: "Modelo-Cognitivo Conductual Integrado", para abordar los Problemas de Conducta y Dificultades de Aprendizaje, en niños/as y adolescentes.

Facilitar las herramientas necesarias para comprender las dificultades en las relaciones familiares, ligadas a la educación de los hijos, y diseñar planes de asesoramiento educativo.

Proporcionar un conjunto de Instrumentos y Estrategias de Evaluación que permitan Comprender y Explicar los Problemas de Conducta y de Aprendizaje, así como establecer los Objetivos de una Intervención Psico-educativa.

Facilitar la adquisición y desarrollo de las habilidades profesionales necesarias para realizar un Análisis Funcional de cada caso en tratamiento y desarrollar una estrategia de Intervención multidisciplinar y multicomponente sobre Problemas de Conducta, Hiperactividad, Agresividad, Autoestima, Dificultades de Lectura, Problemas de Atención, Falta de Motivación para el Estudio,...

Formar a los participantes en el uso de las Técnicas y los Métodos de Intervención más eficaces en una práctica profesional cooperativa, entre familia, escuela y otros profesionales.

Disponer de recursos para realizar Tutoría de escolares de Educación Primaria y Secundaria.

Dotar de todos los conocimientos técnicos necesarios para diseñar y desarrollar Planes de Intervención multicomponente en casos de retraso o fracaso escolar.

Disponer de recursos avanzados para la Organización de Departamentos o Gabinetes Psico-Pedagógicos en Centros Públicos o Privados.

Realizar una práctica vicaria y directa que asegure a quienes finalizan este posgrado que pueden ejercer su profesión con seguridad y máxima competencia.

Favorecer el inicio o la consolidación de un desarrollo profesional-laboral de manera independiente.

11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

01. Bases conceptuales y metodológicas de la intervención cognitivo conductual integrada.
02. Comportamiento y conducta: aprendizaje y adquisición de hábitos.
03. Técnicas y estrategias de modificación de conducta instrumental.
04. Protocolos de evaluación cognitivo-conductual en la infancia y adolescencia. Instrumentos y metodología.
05. Análisis funcional de conducta en la infancia: estudio de casos.
06. Estilos educativos familiares. Evaluación y asesoramiento individual y colectivo.
07. Problemas emocionales en la infancia y adolescencia. Miedos y fobias escolares.
08. Agresividad, retraimiento y competencia social. Conceptualización y evaluación.
09. Programas de entrenamiento en competencia social con niños y adolescentes.
10. Trastornos por déficit de atención con y sin hiperactividad. Conceptualización y evaluación.
11. Intervención multicomponente en niños y adolescentes con TDAs. Programas de intervención.
12. Análisis funcional de conducta de adolescentes: estudio de casos.
13. Modelo preventivo-correctivo del fracaso escolar.
14. Análisis y evaluación de las dificultades de aprendizaje. Estudio de casos.
15. Evaluación psicométrica. Valoración de test psicoeducativos.
16. Análisis, evaluación e intervención en los trastornos del lenguaje oral.
17. Bases conceptuales y metodológicas de la recuperación psico-educativa.
18. Análisis y evaluación de los trastornos de la lectura y escritura.
19. Intervención en problemas de lectura y escritura. Estudio de casos.
20. Evaluación y desarrollo de las habilidades intelectuales.
21. Estrategias y programas de mejora intelectual.

- 22. Programa de entrenamiento en habilidades y autogestión del Estudio: "PLATÓN".
 - 23. Evaluación integrada e Informes Socio-Psico-Educativos (ISPE)
 - 24. Programas de desarrollo de aptitudes y habilidades: TIKAL.
- Prácticas Profesionales y Memoria Final + 30 ECTS de Gestión y Desarrollo Laboral [opcional]

14 ALBOR-COHS

FUNDACIÓN ALBOR-COHS + FUNDACIÓN CALVIDA

Curso Superior de Especialización en Trastornos por Déficit de Atención (TDA/TDA-H)

<http://gacformacion.com/experto-en-tdatdah/>

http://gacformacion.com/wp-content/uploads/2016/07/Dossier-info-alumnos-experto-tdas_-2016.pdf

1. **Tipología general del centro:** Organización Independiente
2. **Tipología concreta de centro:** Privada
3. **Modalidad de la actividad:** A distancia
4. **Número medio de participantes inscritos por curso:**
5. **Duración de la actividad:** 350 horas teórico-prácticas
6. **Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:**
7. **Certificación o titulación expedida:** "Experto/a en TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN"
8. **Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado):** Título Propio del Grupo ALBOR-COHS, Centro adscrito a la Universidad europea "Fernando Pessoa"
9. **Destinatarios de la acción formativa:**
10. **Objetivos de la acción formativa (Describe los objetivos de la acción formativa):**

Conseguir un alto nivel de capacitación entre los participantes para:

La detección temprana, mediante un sencillo sistema de alerta en las Consultas de Atención Primaria de Salud y los Centros Educativos, de los niños que presenten las características comportamentales que permitan suponer que poseen la condición "hiperactivos" o "inatentos".

La aplicación de Adaptaciones Metodológicas en el Aula que favorezcan los aprendizajes y mejoren la evaluación del rendimiento.

La enseñanza de habilidades específicas: atencionales y de reflexividad, con las que mejoren su desempeño, mediante el empleo de diversos Programas de Intervención.

11. Contenidos de la acción formativa (Describe los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

Conceptualización de los Trastornos por Déficit de Atención

- Antecedentes
- Evolución histórica
- Terminología
- Situación actual de los TDAs
- Criterios diagnósticos actuales
- Aspectos en desarrollo: criterios futuros

Modelos Explicativos del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

- Modelo Fisiológico (Satterfield, Zentall)
- Modelo Antropológico (Hartmann)
- Modelo Bio-Psico-Social (García Pérez y Magaz)

Evolución, Prevalencia y Etiología de los TDAs

- Evolución del niño con DAH
- Evolución del niño con DA
- Prevalencia de los Das/TDAs
- Etiología

Detección, de Casos Posibles

- Detección de los posibles casos de TDAs en el Ámbito Escolar
- Detección de los posibles casos de TDAs en el Ámbito Familiar
- Detección de los posibles casos de TDAs en el Ámbito Pediátrico
- Instrumentos: cuestionarios, escalas e inventarios: IMADAN, EMA-D.D.A.

Intervención Multicomponente con Niños, Jóvenes y Adultos con TDAs

- Diseño de Programas de Intervención. Técnicas y Estrategias
- Programas Formales y Sistemáticos de Intervención
- Entrenamiento en Habilidades Cognitivas: PEMPA, ESCePI
- Entrenamiento en Habilidades Atencionales: ENFÓCATE, ESCUCHA, COLOMBO
- Entrenamiento en Habilidades Sociales: ESCePI, AVANCEMOS, PRECISO

15 ALBOR-COHS

FUNDACIÓN ALBOR-COHS + FUNDACIÓN CALVIDA

Curso Superior de Especialización en Problemas de Conducta en la Infancia y la Adolescencia

<http://gacformacion.com/experto-en-problemas-de-conducta/>

1. Tipología general del centro: Organización Independiente

2. Tipología concreta de centro: Privada

3. Modalidad de la actividad: A distancia o semipresencial

4. Número medio de participantes inscritos por curso:

5. Duración de la actividad: 30 ECTS

6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:

7. Certificación o titulación expedida: “Experto/a en PROBLEMAS DE CONDUCTA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA”

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado): Título Propio del Grupo ALBOR-COHS, Centro adscrito a la Universidad europea “Fernando Pessoa”

9. Destinatarios de la acción formativa

Profesionales de la Psicología que deseen desarrollar funciones en el ámbito de la Educación.

Licenciados/as y Graduados/as en Pedagogía (CC.EE.)

Licenciados/as y Graduados/as en Psicopedagogía.

Orientadores en Centros escolares de Educación Infantil, Primaria y Secundaria.

Profesores que deseen aumentar sus conocimientos en Psicología aplicada a la Educación.

Educadores Sociales.

Logopedas.

10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):

Dotar a los participantes de un Modelo Conceptual Operativo: “Modelo-Cognitivo Conductual Integrado”, para abordar los Problemas de Conducta con menores.

Facilitar las herramientas necesarias para comprender las dificultades en las relaciones familiares, ligadas a la educación de los hijos, y diseñar planes de asesoramiento educativo.

Proporcionar un conjunto de Instrumentos y Estrategias de Evaluación que permitan Comprender y Explicar los Problemas de Conducta, así como establecer los Objetivos de una Intervención Psico-educativa.

Facilitar la adquisición y desarrollo de las habilidades profesionales necesarias para realizar un Análisis Funcional de cada caso en tratamiento y desarrollar una estrategia de Intervención multidisciplinar y multicomponente sobre Problemas de Conducta, Hiperactividad, Agresividad, Retraimiento Social, Bullying, Autoestima, Problemas de Atención,...

Formar a los participantes en el uso de las Técnicas y los Métodos de Intervención más eficaces en una práctica profesional cooperativa, entre familia, escuela y otros profesionales.

Disponer de recursos para realizar Tutoría de escolares de Educación Primaria y Secundaria.

Dotar de todos los conocimientos técnicos necesarios para diseñar y desarrollar Planes de Intervención multicomponente en casos de Problemas de Conducta.

Realizar una práctica vicaria y directa que asegure a quienes finalizan este posgrado que pueden ejercer su profesión con seguridad y máxima competencia.

Favorecer el inicio o la consolidación de un desarrollo profesional-laboral de manera independiente.

11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

01. Bases conceptuales y metodológicas de la intervención cognitivo conductual integrada.
02. Comportamiento y conducta: aprendizaje y adquisición de hábitos.
03. Técnicas y estrategias de modificación de conducta instrumental.
04. Protocolos de evaluación cognitivo-conductual en la infancia y adolescencia. Instrumentos y metodología.
05. Análisis funcional de conducta en la infancia: estudio de casos.
06. Estilos educativos familiares. Evaluación y asesoramiento individual y colectivo.
07. Problemas emocionales en la infancia y adolescencia. Miedos y fobias escolares.
08. Agresividad, retraimiento y competencia social. Conceptualización y evaluación.
09. Programas de entrenamiento en competencia social con menores.
10. Trastornos por déficit de atención con y sin hiperactividad. Conceptualización y evaluación.
11. Intervención multicomponente con menores con TDAs. Programas de intervención.
12. Análisis funcional de conducta de adolescentes: estudio de casos.

Prácticas Profesionales y Memoria de las mismas

16 ALBOR-COHS

FUNDACIÓN ALBOR-COHS + FUNDACIÓN CALVIDA

Curso Actualización Trastornos por Déficit de Atención para Docentes

<http://gacformacion.com/trastornos-por-deficit-de-atencion-para-docentes/>

- 1. Tipología general del centro:** Organización Independiente
- 2. Tipología concreta de centro:** Privada
- 3. Modalidad de la actividad:** A distancia
- 4. Número medio de participantes inscritos por curso:**
- 5. Duración de la actividad:** 40 horas
- 6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:**
- 7. Certificación o titulación expedida:** Certificado
- 8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado):** Avalado por la Fundación CALVIDA o Diploma del Grupo ALBOR-COHS

9. Destinatarios de la acción formativa

Profesores de Educación Infantil, Primaria y Secundaria

Especialistas en Pedagogía Terapéutica

Consultores de Centros escolares

Trabajadores Sociales

Educadores de familia

Estudiantes de último curso

10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):

Adquirir un alto nivel de capacitación para detectar de manera temprana a escolares con dificultades atencionales, valorar de manera individual cada caso y aplicar programas de entrenamiento en habilidades de aplicación en el aula.

11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

Conocer de manera concreta y efectiva las características esenciales de los niños y niñas que poseen la condición “Hiperactivos” o “Inatentos”, así como diferenciar entre poseer la condición y encontrarse en la situación de Trastorno.

Detectar de manera temprana, mediante un sencillo sistema de detección en los centros educativos, los niños/as y adolescentes que presenten las características comportamentales que permitan suponer que poseen la condición de “hiperactivos” o “inatentos”.

Conocer los instrumentos y métodos de evaluación más adecuados para que puedan valorar de manera correcta cada caso, mediante la elaboración de un perfil de habilidades y déficit.

Aplicar diversos programas de entrenamiento en habilidades, como parte de un plan de intervención adecuado al caso que incluya Asesoramiento a Profesores, Personal Docente del centro y Padres.

Entrenamiento Específico en los déficit detectados: cognitivos, socio-emocionales e instrumentales.

17 SERCA

INSTITUTO ALTOS ESTUDIOS ESPECIALIZADOS SERCA

MÁSTER TRASTORNO DÉFICIT ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD - TDAH

<http://institutoserca.com/masteres/titulo-de-master/master-en-tdah>

1. Tipología general del centro: Empresa, Centro de Formación

2. Tipología concreta de centro: Privada

3. Modalidad de la actividad: Online

4. Número medio de participantes inscritos por curso:

5. Duración de la actividad: 60 ECTS, 1500 horas

6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:

7. Certificación o titulación expedida:

Título Máster Propio expedido por la Universidad San Jorge de Zaragoza.

Certificado de Notas expedido por la Universidad San Jorge de Zaragoza.

Certificado de competencias adquiridas expedido por la Universidad San Jorge de Zaragoza.

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado): Universidad San Jorge de Zaragoza

9. Destinatarios de la acción formativa

Titulados Universitarios

10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):

Identificar el marco teórico general y organizadores previos esenciales en TDAH.

Reconocer la importancia de la familia en la intervención en personas con TDAH.

Enumerar las repercusiones existentes en las familias con un miembro con TDAH.

Comprender la importancia del contexto escolar en la intervención con niños/as con TDAH.

Identificar las dificultades educativas de niños/as con TDAH, así como el marco general de Atención a la Diversidad de los centros educativos.

Dominar y aplicar los modelos de intervención docente y las implicaciones educativas en alumnos/as con TDAH.

Utilizar las principales técnicas e instrumentos para evaluar a niños/as con TDAH.

Diseñar y realizar diagnósticos en TDAH en función de la evaluación realizada.

Intervenir en personas con TDAH en función del diagnóstico previo para posteriormente realizar un seguimiento adecuado.

11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

MÓDULO 1. MARCO GENERAL Y ORGANIZADORES PREVIOS.

MATERIA 1. Terminología y Fundamentación.

MATERIA 2. Etiología del TDAH.

MÓDULO 2. FUNDAMENTOS DEL DESARROLLO.

MATERIA 3. ¿Qué es el desarrollo?

MATERIA 4. Desarrollo Motor.

MATERIA 5. Desarrollo de la Comunicación y el Lenguaje.

MATERIA 6. Desarrollo Cognitivo.

MATERIA 7. Desarrollo Social y Emocional.

MATERIA 8. Desarrollo Moral.

MÓDULO 3. FUNDAMENTOS DEL DESARROLLO DEL NIÑO CON TDAH.

MATERIA 9. La Atención y las Funciones Ejecutivas en el TDAH.

MATERIA 10. El Desarrollo de la Personalidad.

MATERIA 11. El Desarrollo Socioemocional del niño con TDAH.

MATERIA 12. TDAH, Problemas de Conducta y otros Trastornos Asociados.

MÓDULO 4. TDAH Y ATENCIÓN TEMPRANA.

MATERIA 13: Conceptualización y aspectos básicos de la atención temprana.

MATERIA 14: Marco teórico y modelos de actuación en atención temprana.

MÓDULO 5. DIFICULTADES DE APRENDIZAJE Y NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES EN TDAH.

MATERIA 15. Dificultades de Aprendizaje.

MATERIA 16. Trastornos del Lenguaje y Dificultades de Aprendizaje en TDAH.

MATERIA 17. Evaluación e intervención psicopedagógica en las dificultades de aprendizaje.

MATERIA 18. Intervención e implicaciones Educativas en TDAH.

MÓDULO 6. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN TDAH.

MATERIA 19. Estrategias y Técnicas de Evaluación.

MATERIA 20. Evaluación Específica en TDAH.

MATERIA 21. Bases del diagnóstico psicoeducativo.

MÓDULO 7. INTERVENCIÓN EN TDAH.

MATERIA 22. Protocolo previo de Intervención en TDAH.

MATERIA 23. Panorámica general del tratamiento en TDAH.

MATERIA 24. La Intervención Psicoeducativa.

MATERIA 25. Programa de Intervención Cognitiva en TDAH.

MATERIA 26. Intervención Psicopedagógica en TDAH.

MATERIA 27. Técnicas de Modificación de Conducta.

MÓDULO 8. PROCEDIMIENTOS DE INTERVENCIÓN TRANSVERSALES EN TDAH.

MATERIA 28. Educación en Valores.

MATERIA 29. Educación Emocional.

MATERIA 30. Habilidades Sociales.

MÓDULO 9. FAMILIA Y TDAH.

MATERIA 31. La familia como contexto de desarrollo.

MATERIA 32. La Familia del niño con TDAH.

MATERIA 33. Intervención en Familias con niños con TDAH.

MATERIA 34. Educación Familiar.

MATERIA 35. Atención a padres con hijos con necesidades educativas especiales: apoyar la reconstrucción de la competencia y la armonía familiar.

MATERIA 36. El trabajo con los padres y familias.

18 SERCA

INSTITUTO ALTOS ESTUDIOS ESPECIALIZADOS SERCA

DOBLE MÁSTER ATENCIÓN TEMPRANA Y TDAH

<http://institutoserca.com/masteres/doble-titulo-de-master/master-en-atencion-temprana-master-en-tdah>

1. Tipología general del centro: Empresa, Centro de Formación

2. Tipología concreta de centro: Privada

3. Modalidad de la actividad: Online

4. Número medio de participantes inscritos por curso:

5. Duración de la actividad: 120 ECTS, 3000 horas

6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:

7. Certificación o titulación expedida:

Doble Título Máster Propio expedido por la Universidad San Jorge de Zaragoza.

Certificado de Notas expedido por la Universidad San Jorge de Zaragoza.

Certificado de competencias adquiridas expedido por la Universidad San Jorge de Zaragoza.

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado): Universidad San Jorge de Zaragoza

9. Destinatarios de la acción formativa

Titulados Universitarios

10. Objetivos de la acción formativa (Describe los objetivos de la acción formativa):

Identificar y comprender el marco general y los organizadores previos de la Atención Temprana.

Dominar las características y peculiaridades del desarrollo evolutivo del niño/a de cero a seis años.

Conocer la fundamentación teórica y conceptual del TDAH.

Identificar y comprender las dificultades de aprendizaje y necesidades educativas especiales de los niños/as con TDAH.

Saber llevar a cabo y realizar evaluaciones y diagnósticos adecuados en Atención Temprana.

Dominar las peculiaridades de la evaluación en niños/as con TDAH y aplicarla correctamente.

Evaluar e intervenir en los trastornos, síndromes y dificultades más frecuentes en Atención Temprana.

Analizar, conocer y aplicar la intervención en Atención Temprana y en TDAH.

Comprender la importancia de la familia en Atención Temprana.

Identificar las peculiaridades y necesidades de las familias con niños/as con TDAH.

Conocer los aspectos más relevantes de organización y funcionamiento de los Centros de Atención Infantil Temprana.

11. Contenidos de la acción formativa (Describe los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

MÓDULO 1. MARCO GENERAL Y ORGANIZADORES PREVIOS DE LA ATENCIÓN TEMPRANA.

MATERIA 1. La atención temprana. Conceptualización y evolución del concepto.

MATERIA 2. Aspectos básicos de la atención temprana.

MATERIA 3. Marco teórico y modelos de actuación en atención temprana.

MÓDULO 2. DESARROLLO EVOLUTIVO DE 0 A 6 AÑOS.

MATERIA 4. Desarrollo prenatal y perinatal.

MATERIA 5. Desarrollo evolutivo de 0 a 1 año.

MATERIA 6. Desarrollo evolutivo de 1 a 3 años.

MATERIA 7. Desarrollo evolutivo de 3 a 6 años.

MÓDULO 3. FUNDAMENTACIÓN DEL TDAH

MATERIA 8. Terminología y fundamentación.

MATERIA 9. Etiología del TDAH.

MATERIA 10. La atención y las funciones ejecutivas en el TDAH.

MATERIA 11. El desarrollo de la personalidad.

MATERIA 12. El desarrollo socioemocional del niño con TDAH.

MATERIA 13. TDAH, Problemas de conducta y otros trastornos asociados.

MÓDULO 4. DIFICULTADES DE APRENDIZAJE Y NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES EN TDAH.

MATERIA 14. Dificultades de aprendizaje.

MATERIA 15. Dificultades de aprendizaje, Trastornos del Lenguaje y Lectura en TDAH.

MATERIA 16. Evaluación e intervención psicopedagógica en las dificultades de aprendizaje.

MATERIA 17. Intervención e implicaciones educativas en TDAH.

MÓDULO 5. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN ATENCIÓN TEMPRANA.

MATERIA 18. Generalidades de la evaluación.

MATERIA 19. La evaluación en atención temprana.

MATERIA 20. Bases del diagnóstico psicoeducativo.

MÓDULO 6. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN TDAH.

MATERIA 21. Evaluación específica en TDAH.

MATERIA 22. Bases del diagnóstico psicoeducativo.

MÓDULO 7. TRASTORNOS, SÍNDROMES Y DIFICULTADES MÁS FRECUENTES EN AT. EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN.

MATERIA 23. Prematuridad.

MATERIA 24. Trastornos de Neurodesarrollo.

MATERIA 25. Trastornos del Lenguaje, la comunicación y otros trastornos.

MATERIA 26. Síndrome de Down.

MATERIA 27. Trastornos motores.

MATERIA 28. Discapacidad intelectual (DI).

MATERIA 29. Discapacidad auditiva.

MATERIA 30. Discapacidad visual.

MÓDULO 8. INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN TEMPRANA.

MATERIA 31. Elaboración de un programa de atención temprana.

MATERIA 32. Técnicas de modificación de conducta.

MATERIA 33. Intervención en el lenguaje. Terapia Miofuncional.

MÓDULO 9. INTERVENCIÓN EN TDAH.

MATERIA 34. Protocolo previo de intervención en TDAH.

MATERIA 35. Panorámica general del tratamiento en TDAH.

MATERIA 36. La intervención psicoeducativa.

MATERIA 37. Programa de intervención cognitiva en TDAH

MATERIA 38. Intervención psicopedagógica en TDAH.

MÓDULO 10. ATENCIÓN TEMPRANA Y FAMILIA.

MATERIA 39. El papel de los padres en atención temprana.

MATERIA 40. El impacto del diagnóstico en la familia.

MATERIA 41. La intervención en el contexto familiar.

MÓDULO 11. LA FAMILIA CON NIÑOS/AS CON TDAH.

MATERIA 42. La familia del niño con TDAH.

MATERIA 43. Intervención en familias con niños con TDAH.

MÓDULO 12. LOS CENTROS DE ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA.

MATERIA 44. Normativa de los Centros de Atención Infantil Temprana.

MATERIA 45. Los Centros de Atención Infantil Temprana.

19 SERCA

INSTITUTO ALTOS ESTUDIOS ESPECIALIZADOS SERCA

DOBLE MÁSTER TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA Y TDAH

<http://institutoserca.com/masteres/doble-titulo-de-master/master-en-autismo-master-en-tdah>

1. Tipología general del centro: Empresa, Centro de Formación

2. Tipología concreta de centro: Privada

3. Modalidad de la actividad: Online

4. Número medio de participantes inscritos por curso:

5. Duración de la actividad: 120 ECTS, 3000 horas

6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:

7. Certificación o titulación expedida:

Doble Título Máster Propio expedido por la Universidad San Jorge de Zaragoza.

Certificado de Notas expedido por la Universidad San Jorge de Zaragoza.

Certificado de competencias adquiridas expedido por la Universidad San Jorge de Zaragoza.

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado): Universidad San Jorge de Zaragoza

9. Destinatarios de la acción formativa

Titulados Universitarios

10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):

Conocer la fundamentación histórica del Autismo, así como las distintas teorías explicativas y otros síndromes asociados.

Identificar los fundamentos del desarrollo en el Trastorno del Espectro Autista con respecto al desarrollo de la comunicación y el lenguaje, el desarrollo motor y el desarrollo social y emocional.

Reconocer la importancia de la detección y tratamiento del Trastorno del Espectro Autista desde la Atención Temprana.

Detectar las dificultades de aprendizaje derivadas del Trastorno del Espectro Autista y TDAH por ser niños/as con Necesidades Educativas Especiales e intervenir en ellas.

Comprender la importancia de la familia en el Trastorno del Espectro Autista y TDAH y dominar los aspectos propios de la intervención desde la familia.

Definir, evaluar e intervenir en el Síndrome de Asperger utilizando los instrumentos y herramientas óptimas.

Evaluar y diagnosticar el Trastorno del Espectro Autista teniendo en cuenta los diferentes agentes que participan en la misma, además de las distintas áreas a evaluar.

Intervenir en Trastorno del Espectro Autista teniendo en cuenta los diferentes tratamientos.

Identificar el marco teórico general y organizadores previos esenciales en TDAH.

Comprender la importancia del contexto escolar en la intervención con niños/as con TDAH.

Utilizar las principales técnicas e instrumentos para evaluar a niños/as con TDAH.

Diseñar y realizar diagnósticos en TDAH en función de la evaluación.

Intervenir en personas con TDAH en función del diagnóstico previo para posteriormente realizar un seguimiento adecuado.

11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

MÓDULO 1. FUNDAMENTOS DEL DESARROLLO.

MATERIA 1: Desarrollo cognitivo.

MATERIA 2: Desarrollo de la comunicación y el lenguaje.

MATERIA 3: Desarrollo motor.

MATERIA 4: Desarrollo social y emocional.

MÓDULO 2. FUNDAMENTACIÓN DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA.

MATERIA 5: El autismo, Trastorno del Espectro Autista (TEA).

MATERIA 6: Trastorno del Espectro Autista (TEA) y otros síndromes asociados.

MATERIA 7: Teorías explicativas del Trastorno del Espectro Autista.

MATERIA 8: Fundamentación histórica del Trastorno del Espectro Autista (TEA).

MÓDULO 3. EVALUACIÓN DEL AUTISMO, TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA).

MATERIA 9. Generalidades de la evaluación.

MATERIA 10. Aspectos a tener en cuenta en la evaluación del Trastorno Autista.

MATERIA 11. La evaluación y diagnóstico en el Trastorno del Espectro Autista.

MÓDULO 4. INTERVENCIÓN Y TRATAMIENTO EN EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA.

MATERIA 12. Tratamiento psicológico.

MATERIA 13. Tratamiento farmacológico.

MATERIA 14. Intervención educativa.

MATERIA 15. Intervención psicopedagógica en el Trastorno Autista: Un Programa dirigido a las familias. Proyecto Piña: “Si tú estás bien, serás más feliz”

MATERIA 16. Desarrollo del juego simbólico mediante el uso de herramientas de realidad virtual en niños con Trastorno Autista (TA).

MATERIA 17. Habilidades sociales en los alumnos con dificultades en el desarrollo.

MATERIA 18. Método TEACCH.

MATERIA 19. Programa ABA.

MATERIA 20. Ayudas visuales. Utilización de agendas con personas con Trastorno Autista.

MATERIA 21. Recomendaciones prácticas en el trabajo con Trastorno Autista.

MÓDULO 5. MARCO GENERAL Y ORGANIZADORES PREVIOS DEL TDAH.

MATERIA 22. Terminología y fundamentación.

MATERIA 23. Etiología del TDAH.

MÓDULO 6. FUNDAMENTOS DEL DESARROLLO DEL NIÑO CON TDAH.

MATERIA 24. La atención y las funciones ejecutivas en el TDAH.

MATERIA 25. El desarrollo de la personalidad.

MATERIA 26. El desarrollo socioemocional del niño con TDAH.

MATERIA 27. TDAH, problemas de conducta y otros trastornos asociados.

MÓDULO 7. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN TDAH.

MATERIA 28. Estrategias y técnicas de evaluación.

MATERIA 29. Evaluación específica en TDAH.

MATERIA 30. Bases del diagnóstico psicoeducativo.

MÓDULO 8. INTERVENCIÓN EN TDAH.

MATERIA 31. Protocolo previo de intervención en TDAH.

MATERIA 32. Panorámica general del tratamiento en TDAH.

MATERIA 33. La intervención psicoeducativa.

MATERIA 34. Programa de intervención cognitiva en TDAH

MATERIA 35. Intervención psicopedagógica en TDAH.

MÓDULO 9. LA ATENCIÓN TEMPRANA EN LOS TRASTORNOS DEL DESARROLLO

MATERIA 36: Conceptualización y aspectos básicos de la atención temprana.

MATERIA 37: Marco teórico y modelos de actuación en atención temprana.

MÓDULO 10. DIFICULTADES DE APRENDIZAJE Y NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES EN TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA Y TDAH.

MATERIA 38. Dificultades de aprendizaje.

MATERIA 39. Dificultades de aprendizaje, trastorno del lenguaje y lectura en TDAH.

MATERIA 40. NEE en el Trastorno del Espectro Autista.

MÓDULO 11. PROCEDIMIENTOS DE INTERVENCIÓN TRANSVERSALES EN AUTISMO Y TDAH.

MATERIA 41. Educación en valores.

MATERIA 42. Educación emocional.

MATERIA 43. Habilidades sociales.

MATERIA 44. Técnicas de modificación de conducta.

MÓDULO 12. LAS FAMILIAS DE NIÑOS CON TRASTORNOS DEL DESARROLLO.

MATERIA 45. La familia como contexto de desarrollo.

MATERIA 46. La educación familiar.

MATERIA 47. Atención a padres con hijos con necesidades educativas especiales: apoyar la reconstrucción de la competencia y la armonía familiar.

MATERIA 48. El trabajo con los padres y familias.

MÓDULO 13. LAS FAMILIAS DE NIÑOS CON TDAH.

MATERIA 49. La familia del niño con TDAH.

MATERIA 50. Intervención en familias con niños con TDAH.

MÓDULO 14. LAS FAMILIAS DE NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA.

MATERIA 51. El entorno parental en la intervención de personas con dificultades del desarrollo.

MATERIA 52. Las necesidades de los padres del niño con Trastorno del Espectro Autista.

MATERIA 53. El futuro de un niño con Trastorno del Espectro Autista.

20 SERCA

INSTITUTO ALTOS ESTUDIOS ESPECIALIZADOS SERCA

DOBLE MÁSTER PSICOLOGÍA INFANTO-JUVENIL Y TDAH

<http://institutoserca.com/masteres/doble-titulo-de-master/master-en-psicologia-infanto-juvenil-master-en-tdah>

1. Tipología general del centro: Empresa, Centro de Formación

2. Tipología concreta de centro: Privada

3. Modalidad de la actividad: Online

4. Número medio de participantes inscritos por curso:

5. Duración de la actividad: 120 ECTS, 3000 horas

6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:

7. Certificación o titulación expedida:

Doble Título Máster Propio expedido por la Universidad San Jorge de Zaragoza.

Certificado de Notas expedido por la Universidad San Jorge de Zaragoza.

Certificado de competencias adquiridas expedido por la Universidad San Jorge de Zaragoza.

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado): Universidad San Jorge de Zaragoza

9. Destinatarios de la acción formativa

Titulados Universitarios

10. Objetivos de la acción formativa (Describe los objetivos de la acción formativa):

Conocer las características fundamentales del desarrollo en la infancia y la adolescencia.

Dominar los aspectos relativos a la fundamentación del TDAH.

Comprender y definir Atención Temprana y su importancia en la intervención y tratamiento del TDAH.

Analizar las dificultades de aprendizaje y necesidades educativas especiales en niños/as con TDAH.

Conocer y comprender la evolución psicológica en los trastornos infanto-juveniles.

Llevar a cabo correctamente la evaluación y el diagnóstico en TDAH.

Evaluar, diagnosticar e intervenir en trastornos infanto-juveniles.

Diseñar y aplicar intervenciones y tratamientos en niños/as con TDAH.

Analizar y saber aplicar otras técnicas de intervención

Comprender la importancia de las familias en el desarrollo infanto-juvenil

Conocer las necesidades de las familias con niños/as con TDAH, así como las repercusiones que tiene en ellas.

11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

MÓDULO 1: EL DESARROLLO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA.

MATERIA 1. ¿Qué es el desarrollo?

MATERIA 2. Desarrollo Motor.

MATERIA 3. Desarrollo de la Comunicación y el Lenguaje.

MATERIA 4: Desarrollo Cognitivo.

MATERIA 5: Desarrollo Social y Emocional.

MATERIA 6. Desarrollo Moral.

MATERIA 7. Neuropsicología en la infancia y adolescencia.

MÓDULO 2. FUNDAMENTACIÓN DEL TDAH.

MATERIA 8. Terminología y Fundamentación.

MATERIA 9. Etiología del TDAH.

MATERIA 10. La Atención y las Funciones Ejecutivas en el TDAH.

MATERIA 11. El Desarrollo de la Personalidad.

MATERIA 12. El Desarrollo Socioemocional del niño con TDAH.

MATERIA 13. TDAH, Problemas de Conducta y otros Trastornos Asociados.

MÓDULO 3. TDAH Y ATENCIÓN TEMPRANA.

MATERIA 14: Conceptualización y aspectos básicos de la atención temprana.

MATERIA 15: Marco teórico y modelos de actuación en atención temprana.

MÓDULO 4. DIFICULTADES DE APRENDIZAJE Y NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES EN TDAH.

MATERIA 16. Dificultades de Aprendizaje.

MATERIA 17. Trastornos del Lenguaje y dificultades de aprendizaje en TDAH.

MATERIA 18. Evaluación e intervención psicopedagógica en las dificultades de aprendizaje.

MATERIA 19. Intervención e implicaciones Educativas en TDAH.

MÓDULO 5: LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA EN LOS TRASTORNOS INFANTO-JUVENILES.

MATERIA 20. La evaluación psicológica clínica: introducción a los aspectos conceptuales y técnicos básicos.

MATERIA 21. Principales técnicas en la evaluación psicológica.

MATERIA 22. Guía para el uso de las principales técnicas de evaluación.

MATERIA 23. La evaluación clínica infantil y adolescente.

MATERIA 24. Elaboración de informes.

MÓDULO 6. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN TDAH.

MATERIA 25. Evaluación Específica en TDAH.

MATERIA 26. Bases del diagnóstico psicoeducativo.

MÓDULO 7: TRASTORNOS INFANTO – JUVENILES. EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN I.

MATERIA 27. Déficit intelectual y superdotación.

MATERIA 28. Trastornos del lenguaje, la comunicación y otros trastornos.

MATERIA 29. Dificultades de aprendizaje.

MATERIA 30. Maltrato Infantil.

MATERIA 31. Trastornos generalizados del desarrollo.

MÓDULO 8: TRASTORNOS INFANTO – JUVENILES. EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN II

MATERIA 32. Trastorno disruptivo del control de impulsos y de la conducta.

MATERIA 33. Trastornos de ansiedad.

MATERIA 34. Depresión infantil.

MATERIA 35. Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos.

MATERIA 36. Trastornos de excreción.

MATERIA 37. Trastornos del sueño-vigilia.

MÓDULO 9. INTERVENCIÓN Y TRATAMIENTO EN TDAH.

MATERIA 38. Protocolo previo de Intervención en TDAH.

MATERIA 39. Panorámica general del tratamiento en TDAH.

MATERIA 40. La Intervención Psicoeducativa.

MATERIA 41. Programa de Intervención Cognitiva en TDAH

MATERIA 42. Intervención Psicopedagógica en TDAH

MÓDULO 10: TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN TRANSVERSALES EN TDAH Y OTROS TRASTORNOS INFANTO-JUVENILES.

MATERIA 43. Técnicas de Modificación de Conducta.

MATERIA 44. Psicofarmacología en la infancia y la adolescencia.

MATERIA 45. Prevención e intervención en drogodependencias.

MATERIA 46. Técnicas de intervención cognitivo-conductual.

MATERIA 47. Educación en valores.

MATERIA 48. Educación Emocional.

MATERIA 49. Habilidades Sociales.

MÓDULO 11: LA FAMILIA COMO CLAVE EN EL DESARROLLO INFANTO-JUVENIL.

MATERIA 50. La familia como contexto de desarrollo.

MATERIA 51. La educación familiar.

MATERIA 52. Atención a padres con hijos con necesidades educativas especiales: apoyar la reconstrucción de la competencia y la armonía familiar.

MATERIA 53. El trabajo con los padres y familias.

MÓDULO 12. LAS FAMILIAS CON NIÑOS/AS CON TDAH.

MATERIA 54. La Familia del niño con TDAH.

MATERIA 55. Intervención en Familias con niños con TDAH.

21 SERCA

INSTITUTO ALTOS ESTUDIOS ESPECIALIZADOS SERCA

DOBLE MÁSTER INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA Y TDAH

<http://institutoserca.com/masteres/doble-titulo-de-master/master-en-intervencion-psicopedagogica-master-en-tdah>

1. Tipología general del centro: Empresa, Centro de Formación

2. Tipología concreta de centro: Privada

3. Modalidad de la actividad: Online

4. Número medio de participantes inscritos por curso:

5. Duración de la actividad: 120 ECTS, 3000 horas

6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:

7. Certificación o titulación expedida:

Doble Título Máster Propio expedido por la Universidad San Jorge de Zaragoza.

Certificado de Notas expedido por la Universidad San Jorge de Zaragoza.

Certificado de competencias adquiridas expedido por la Universidad San Jorge de Zaragoza.

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado): Universidad San Jorge de Zaragoza

9. Destinatarios de la acción formativa

Titulados Universitarios

10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):

Identificar el desarrollo evolutivo en niños/as y adolescentes.

Dominar la fundamentación del TDAH

Determinar y comprender la importancia intervenir desde la Atención Temprana en TDAH.

Conocer las necesidades educativas especiales y las dificultades de aprendizaje e intervenir en ellas.

Intervenir en las necesidades educativas especiales de niños/as con TDAH.

Dominar la evaluación y el diagnóstico psicopedagógico.

Aplicar la intervención psicopedagógica así como programas y estrategias de intervención directa.

Utilizar las principales técnicas e instrumentos para evaluar a niños/as con TDAH.

Evaluar e intervenir desde la Psicopedagogía en trastornos y déficits infantiles.

Intervenir y llevar a cabo tratamientos en TDAH previa evaluación y diagnóstico.

Reconocer y aplicar diferentes técnicas de intervención.

Comprender la importancia de la familia en el desarrollo infanto-juvenil.

Conocer las características y necesidades de las familias con niños/as con TDAH así como su papel en la intervención.

11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

MÓDULO 1. DESARROLLO EVOLUTIVO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.

MATERIA 1. ¿Qué es el desarrollo?

MATERIA 2. Desarrollo motor.

MATERIA 3. Desarrollo de la comunicación y el lenguaje.

MATERIA 4: Desarrollo cognitivo.

MATERIA 5: Desarrollo social y emocional.

MATERIA 6. Desarrollo moral.

MÓDULO 2. FUNDAMENTACIÓN DEL TDAH.

MATERIA 7. Terminología y fundamentación.

MATERIA 8. Etiología del TDAH.

MATERIA 9. La atención y las funciones ejecutivas en el TDAH.

MATERIA 10. El desarrollo de la personalidad.

MATERIA 11. El desarrollo socioemocional del niño con TDAH.

MATERIA 12. TDAH, problemas de conducta y otros trastornos asociados.

MÓDULO 3. TDAH Y ATENCIÓN TEMPRANA.

MATERIA 13: Conceptualización y aspectos básicos de la atención temprana.

MATERIA 14: Marco teórico y modelos de actuación en atención temprana.

MÓDULO 4. LAS NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES Y LAS DIFICULTADES DE APRENDIZAJE.

MATERIA 15. Dificultades de aprendizaje.

MATERIA 16. Necesidades educativas especiales: Atención a la diversidad.

MATERIA 17. Intervención psicoeducativa. Habilidades cognitivas.

MATERIA 18. Trastornos del lenguaje y dificultades de aprendizaje en TDAH.

MATERIA 19. Intervención e implicaciones educativas en TDAH.

MÓDULO 5. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO PSICOPEDAGÓGICO.

MATERIA 20. La evaluación psicopedagógica.

MATERIA 21. El diagnóstico psicopedagógico.

MATERIA 22. Evaluación de la calidad de la intervención psicopedagógica.

MÓDULO 6. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN TDAH.

MATERIA 23. Evaluación específica en TDAH.

MÓDULO 7. INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA EN LOS TRASTORNOS Y DEFICITS INFANTILES.

MATERIA 24. Discapacidades intelectuales.

MATERIA 25. Discapacidad motórica.

MATERIA 26. Discapacidad visual.

MATERIA 27. Discapacidad auditiva.

MATERIA 28. Trastornos del Lenguaje y la Comunicación.

MATERIA 29. Trastorno Autista.

MATERIA 30. Maltrato infantil.

MATERIA 31. Sobredotación intelectual.

MÓDULO 8. INTERVENCIÓN Y TRATAMIENTO EN TDAH.

MATERIA 32. Protocolo previo de intervención en TDAH.

MATERIA 33. Panorámica general del tratamiento en TDAH.

MATERIA 34. La intervención psicoeducativa.

MATERIA 35. Programa de intervención cognitiva en TDAH.

MATERIA 36. Intervención psicopedagógica en TDAH.

MÓDULO 9. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN TRANSVERSALES EN TDAH Y OTROS TRASTORNOS.

MATERIA 37. Técnicas de modificación de conducta.

MATERIA 38. Educación en valores.

MATERIA 39. Educación emocional.

MATERIA 40. Habilidades sociales.

MATERIA 41. Prevención e intervención en drogodependencias.

MÓDULO 10: LA FAMILIA COMO CLAVE EN EL DESARROLLO INFANTO-JUVENIL.

MATERIA 42. La familia como contexto de desarrollo.

MATERIA 43. La educación familiar.

MATERIA 44. Atención a padres con hijos con necesidades educativas especiales: apoyar la reconstrucción de la competencia y la armonía familiar.

MATERIA 45. El trabajo con los padres y familias.

MÓDULO 11. LA FAMILIA DE NIÑOS/AS CON TDAH.

MATERIA 46. La familia del niño con TDAH.

MATERIA 47. Intervención en familias con niños con TDAH.

22 SERCA

INSTITUTO ALTOS ESTUDIOS ESPECIALIZADOS SERCA

EXPERTO UNIVERSITARIO EN TDAH

<http://institutoserca.com/expertos-universitarios/experto-universitario-en-trastorno-por-deficit-de-atencion-con-hiperactividad>

1. Tipología general del centro: Empresa, Centro de Formación

2. Tipología concreta de centro: Privada

3. Modalidad de la actividad: Online

4. Número medio de participantes inscritos por curso:

5. Duración de la actividad: 20 ECTS, 500 horas

6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:

7. Certificación o titulación expedida:

Doble Título Máster Propio expedido por la Universidad San Jorge de Zaragoza.

Certificado de Notas expedido por la Universidad San Jorge de Zaragoza.

Certificado de competencias adquiridas expedido por la Universidad San Jorge de Zaragoza.

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado): Universidad San Jorge de Zaragoza

9. Destinatarios de la acción formativa

Titulados Universitarios

10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):

Identificar el marco teórico general y organizadores previos esenciales en TDAH.

Reconocer la importancia de la familia en la intervención en personas con TDAH.

Identificar las dificultades educativas de niños/as con TDAH, así como el marco general de Atención a la Diversidad de los centros educativos.

Dominar y aplicar los modelos de intervención docente y las implicaciones educativas en alumnos/as con TDAH.

Conocer los aspectos esenciales de la evaluación y diagnóstico de niños/as con TDAH.

Intervenir en personas con TDAH para posteriormente realizar un seguimiento adecuado.

11. Contenidos de la acción formativa (Describe los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

MÓDULO 1. MARCO GENERAL Y ORGANIZADORES PREVIOS.

MATERIA 1. Terminología y Fundamentación.

MATERIA 2. Etiología del TDAH.

MÓDULO 2. FUNDAMENTOS DEL DESARROLLO DEL NIÑO CON TDAH.

MATERIA 3. La Atención y las Funciones Ejecutivas en el TDAH.

MATERIA 4. El Desarrollo de la Personalidad.

MATERIA 5. El Desarrollo Socioemocional del niño con TDAH.

MATERIA 6. TDAH, Problemas de Conducta y otros Trastornos Asociados.

MÓDULO 3. DIFICULTADES DE APRENDIZAJE Y NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES EN TDAH.

MATERIA 7. Dificultades de aprendizaje, Trastornos del Lenguaje y Lectura en TDAH.

MATERIA 8. Intervención e implicaciones Educativas en TDAH.

MÓDULO 4. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN TDAH.

MATERIA 9. Evaluación Específica en TDAH y su diagnóstico.

MÓDULO 5. INTERVENCIÓN EN TDAH.

MATERIA 10. Panorámica general del tratamiento en TDAH.

MATERIA 11. La Intervención Psicoeducativa.

MATERIA 12. Programa de Intervención Cognitiva en TDAH.

MATERIA 13. Intervención Psicopedagógica en TDAH.

MÓDULO 6. FAMILIA Y TDAH.

MATERIA 14. La Familia del niño con TDAH.

MATERIA 15. Intervención en Familias con niños con TDAH.

23 ICA

ICA FORMACIÓN

HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN. INTERVENCIÓN PEDAGÓGICA

<http://icaformacion.com/index/main-oferta/amplia-4112/area-49/>

1. **Tipología general del centro:** Empresa, Centro de Formación
2. **Tipología concreta de centro:** Privada
3. **Modalidad de la actividad:** A distancia
4. **Número medio de participantes inscritos por curso:**
5. **Duración de la actividad:** 110 horas
6. **Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:**
7. **Certificación o titulación expedida:**
8. **Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado):**
9. **Destinatarios de la acción formativa**
10. **Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):**
11. **Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):**

24 ALBORAN

INSTITUTO SUPERIOR ALBORÁN PSICOLOGÍA

CURSO TDAH Y COMPORTAMIENTO PERTURBADOR

<http://www.alboranpsicologia.com/cursos/46/Trastorno+por+d%C3%A9ficit+de+atenci%C3%B3n+con+hiperactividad+y+comportamiento+perturbador>

<http://www.alboranpsicologia.com/cursos/12/Trastorno+por+d%C3%A9ficit+de+atenci%C3%B3n+con+hiperactividad+y+comportamiento+perturbador>

1. **Tipología general del centro:** Empresa, Centro de Formación
2. **Tipología concreta de centro:** Privada
3. **Modalidad de la actividad:** Online y a distancia
4. **Número medio de participantes inscritos por curso:**
5. **Duración de la actividad:** 110 horas
6. **Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:**

7. Certificación o titulación expedida: Diploma

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado):

9. Destinatarios de la acción formativa: Alumnos y profesionales que quieran centrar su labor profesional en el área de la infancia y adolescencia.

10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):

11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

INTRODUCCIÓN AL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN Y COMPORTAMIENTO PERTURBADOR

1. Características de los trastornos de conducta
2. Factores de riesgo
3. Criterios diagnósticos según el DSM IV TR
4. Diagnóstico diferencial
5. Bases de la conducta moral y prosocial
6. Prevención

TEORÍAS ETIOLÓGICAS DEL COMPORTAMIENTO PERTURBADOR

1. En el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

- A. Hipótesis Fisiológica
- B. Hipótesis Genética
- C. Psicológica
- D. Otras hipótesis

2. En Trastorno Disocial y Trastorno Negativista Desafiante

- A. Factores biológicos
- B. Factores facilitadores del desencadenamiento del trastorno de conducta disocial

EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO PERTURBADOR EN LA INFANCIA 1. En Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

- A. Entrevista conductual
- B. La observación
- C. Evaluación del desarrollo psicosocial y de la personalidad
- D. Evaluación del desarrollo intelectual E. Evaluación mediante tests específicos
- F. Autorregistros

2. En Trastorno Disocial y Negativista Desafiante

A. Evaluación mediante tests

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

1. Procedimientos para controlar los antecedentes
2. Procedimientos para controlar las consecuencias
3. Técnicas de control de la ansiedad
4. Entrenamiento en resolución de problemas
5. Autoinstrucciones
6. Entrenamiento en habilidades sociales

INTERVENCIÓN EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

1. Objetivos del tratamiento
2. Tratamiento farmacológico
3. Ámbitos de intervención
4. Tareas evolutivas y ejercicios
5. Entrenamiento en padres
6. Intervención en el aula

TRASTORNO DISOCIAL

1. Descripción del trastorno
2. Descripción clínica
3. Epidemiología
4. Evaluación
5. Tratamiento del trastorno disocial

TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE

1. Descripción
2. Epidemiología
3. Evaluación
4. Tratamiento

ENTRENAMIENTO DE PADRES CON NIÑOS CON PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO

1. Concepto y delimitación del entrenamiento de padres
2. Evaluación de los padres

3. Entrenamiento de padres

4. Intervención conductual familiar en niveles múltiples para la prevención y el tratamiento de los problemas de comportamiento infantiles

25 ICSE

FUNDACIÓN ICSE

DIFICULTADES DE APRENDIZAJE Y HABILIDADES SOCIALES EN EL MEDIO ESCOLAR

http://fundacionicse.com/webicse/index.php?page=cursos_online_areas

1. **Tipología general del centro:** Institución sin ánimo de lucro

2. **Tipología concreta de centro:** Privada

3. **Modalidad de la actividad:** Online y a distancia

4. **Número medio de participantes inscritos por curso:**

5. **Duración de la actividad:** 70 horas

6. **Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:**

7. **Certificación o titulación expedida:**

8. **Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado):** Universidad Pontificia Comillas, Madrid.

9. **Destinatarios de la acción formativa:**

10. **Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):**

11. **Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):**

26 ICSE

FUNDACIÓN ICSE

TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD (TDAH)

http://fundacionicse.com/webicse/index.php?page=cursos_online_areas

1. **Tipología general del centro:** Institución sin ánimo de lucro

2. **Tipología concreta de centro:** Privada

3. **Modalidad de la actividad:** Online y a distancia

4. **Número medio de participantes inscritos por curso:**

5. Duración de la actividad: 100 horas

6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:

7. Certificación o titulación expedida:

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado): Universidad Pontificia Comillas, Madrid.

9. Destinatarios de la acción formativa:

10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):

11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

27 ICSE

FUNDACIÓN ICSE

EXPERTO TDAH Y COMPORTAMIENTO

http://fundacionicse.com/webicse/index.php?page=titulaciones_online_expertos

1. Tipología general del centro: Institución sin ánimo de lucro

2. Tipología concreta de centro: Privada

3. Modalidad de la actividad: Online

4. Número medio de participantes inscritos por curso:

5. Duración de la actividad: 350 horas

6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:

7. Certificación o titulación expedida:

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado): Universidad Pontificia Comillas, Madrid.

9. Destinatarios de la acción formativa:

10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):

11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

Neuropsicología Infantil

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

Intervención Psicopedagógica en las Alteraciones del Comportamiento.

Dificultades de Aprendizaje

28 FONODIL

FONODIL MP

HIPERACTIVIDAD. ALTERACIONES Y COMPORTAMIENTO

<http://www.fonodilmp.com/c-online.html>

1. **Tipología general del centro:** Empresa, centro de formación
2. **Tipología concreta de centro:** Privada
3. **Modalidad de la actividad:** Online
4. **Número medio de participantes inscritos por curso:**
5. **Duración de la actividad:** 50 horas
6. **Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:**
7. **Certificación o titulación expedida:**
8. **Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado):**
9. **Destinatarios de la acción formativa:**
10. **Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):**
11. **Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):**
 1. Déficit de atención e hiperactividad.
 2. Tratamiento.
 3. Aprendizaje.
 4. Recomendaciones para padres, familiares y docentes.

29 AFEDES

AFEDES

CURSO TRASTORNOS INFANTILES: AUTISMO Y TDAH

<http://www.afedes.org/trastornos-infantiles-autismo-y-tdah-on-line/>

1. **Tipología general del centro:** Asociación sin ánimo de lucro
2. **Tipología concreta de centro:** Privada
3. **Modalidad de la actividad:** Online
4. **Número medio de participantes inscritos por curso:**

5. Duración de la actividad: 20 horas. Del 18 al 29 enero 2016

6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:

7. Certificación o titulación expedida:

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado): Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias

9. Destinatarios de la acción formativa:

10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):

11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

Tema 1: TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA.

Conceptualización.

Características.

Causas del TEA.

Tema 2: NECESIDADES DE LOS/AS NIÑOS/AS CON TEA Y SU TRATAMIENTO.

Tratamiento.

Risperidona y Aripiprazon en TEA.

Recomendaciones sobre los diferentes tipos de trastornos de los TEA.

Tema 3: ESTRATEGIAS EFECTIVAS PARA ENSEÑAR A LOS/AS NIÑOS/AS CON TEA.

Organización del ambiente.

La importancia del trabajo en equipo.

Tema 4: TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH).

Definición y tipos de TDAH.

Causas del TDAH.

Diagnóstico.

Tratamiento.

Comportamiento del niño/a con TDAH.

30 BRAIN_EMOTION

BRAIN EMOTION FORMACIÓN

EXPERTO EN HIPERACTIVOS EN CENTROS EDUCATIVOS

<http://brainemotionformacion.com/contenido-seleccionado/?idcourse=19>

<http://brainemotionformacion.com/wp-content/uploads/Hiperactivos.pdf>

- 1. Tipología general del centro:** Empresa de formación a distancia
- 2. Tipología concreta de centro:** Privada
- 3. Modalidad de la actividad:** Online y A distancia
- 4. Número medio de participantes inscritos por curso:**
- 5. Duración de la actividad:** 150 horas 6 ECTS
- 6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:**
- 7. Certificación o titulación expedida:** Titulación acreditativa de aprovechamiento y superación de las pruebas
- 8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado):** Brain Emotion Formación
- 9. Destinatarios de la acción formativa:** Médicos, Profesores, Educadores Sociales, Psicólogos, Psiquiatras, Enfermeros/as, Auxiliares de clínica, Auxiliares de enfermería, Radiólogos, Odontólogos, Psicoterapeutas, Terapeutas Emocionales, Toda persona interesada en la Inteligencia Emocional.
- 10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):**
 - Responder, desde bases científicamente establecidas, a los interrogantes sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).
 - Reconocer la tríada de síntomas: hiperactividad, impulsividad e inatención.
 - Valorar el tratamiento multimodal.
 - Formular programas de intervención cognitiva.
 - Capacitar a los docentes para enseñar a las familias técnicas cognitivas y comporta-mentales básicas.
- 11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):**
 1. INTRODUCCIÓN
 2. DEFINICIÓN DE HIPERACTIVIDAD (TDAH)
 3. MANIFESTACIONES DEL TDAH. CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS HIPERACTIVOS
 4. CÓMO SE RECONOCE: SÍNTOMAS Y DIAGNÓSTICO. PERFILES

4.1. Hiperactividad en niños de 4 a 6 años

4.2. Hiperactividad en niños de 7 a 12 años

4.3. Hiperactividad en adolescentes

5. CAUSAS

6. QUÉ NO ES TDAH

7. TRASTORNOS ASOCIADOS

8. TRATAMIENTO

8.1. Farmacológico

8.2. Psicoterapéutico

8.3. Educativo

8.4. Psicopedagógico

9. PERSPECTIVAS EDUCATIVAS E INTERVENCIÓN ESCOLAR EN LOS TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS

10. UN MODELO DE PROGRAMA: EL IRVINE PARAPROFESSIONAL PROGRAM

11. ESTADÍSTICAS

12. LA HIPERACTIVIDAD Y LA SUPERDOTACIÓN

13. ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES EN EL COMPORTAMIENTO DE ALUMNOS HIPERACTIVOS Y ALUMNOS CON SOBREDOTACIÓN INTELECTUAL

14. ANEXO: LEGISLACIÓN

31 EUROINNOVA

EUROINNOVA FORMACIÓN

MÁSTER EUROPEO TDAH

<https://www.euroinnova.edu.es/Master-Hiperactividad-Deficit-Atencion-Tdah>

<file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Master-Hiperactividad-Deficit-Atencion-Tdah.pdf>

1. Tipología general del centro: Centro de Formación

2. Tipología concreta de centro: Privada

3. Modalidad de la actividad: Online

4. Número medio de participantes inscritos por curso:

5. Duración de la actividad: 710 horas

6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:

7. Certificación o titulación expedida:

Titulación de Master Europeo en Hiperactividad y Déficit de Atención (TDAH) con 550 horas expedida por EUROINNOVA BUSINESS SCHOOL como Escuela de Negocios Acreditada para la Impartición de Formación Superior de Postgrado y Avalada por la Escuela Superior de Cualificaciones Profesionales

Certificación Universitaria en Neuropsicología de la Educación con 4 Créditos Universitarios ECTS / 110 horas

Certificación Universitaria de Atención Psicoeducativa para Niños con Hiperactividad (TDHA) con 4 Créditos Universitarios ECTS / 110 horas

Certificación Universitaria en Psicología Infantil con 4 Créditos Universitarios ECTS / 110 horas

Certificación Universitaria en Desarrollo Cognitivo, Sensorial, Motor y Psicomotor en la Infancia con 4 Créditos Universitarios ECTS / 110 horas

Certificación Universitaria en Atención Temprana con 4 Créditos Universitarios ECTS / 110 horas

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado): Euroinnova Business School

9. Destinatarios de la acción formativa: Todos aquellos Maestros de Educación Infantil, Educación Primaria, Profesores de Enseñanza Secundaria, Psicólogos, Pedagogos, Psicopedagogos, etc. y, en general, cualquier Titulado Universitario interesado en desempeñar su labor profesional en el ámbito docente. Profesionales de la Educación interesados en una Formación de Calidad que les permita hacer frente a la realidad cambiante de las aulas y a las nuevas competencias que se requieren para el ejercicio de su profesión. También para aquellas personas que quieran conseguir una TITULACIÓN UNIVERSITARIA HOMOLOGADA.

10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):

- Enriquecer y actualizar las metodologías de neurociencia aplicada en el aula para optimizar el rendimiento escolar
- Conocer los aspectos básicos y lo más importantes sobre la Hiperactividad (TDHA).
- Aprender a intervenir de manera psicoeducativa a un niño con hiperactividad.
- Saber actuar ante situaciones con niños con hiperactividad (TDHA).
- Conocer las principales manifestaciones de la psicopatología infantil y los métodos de evaluación, diagnóstico y tratamiento que desde la psicología se utilizan para abordarlas.
- Identificar las capacidades individuales de los niños y niñas, refiriéndolas a las etapas del desarrollo.
- Identificar y secuenciar aprendizajes favorecedores del desarrollo cognitivo, sensorial y motriz.
- Conocer el ámbito de actuación, la población objetivo y los principales modelos teóricos en Atención Temprana.

- Aprender las pautas básicas de diagnóstico e intervención en niños con trastornos evolutivos desde una perspectiva amplia y multidisciplinar.

11. Contenidos de la acción formativa (Describe los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa): (La información referente a los contenidos no relacionados con TDAH no se expone de forma completa por no ser foco de nuestro estudio.

- MÓDULO 1. PEDAGOGÍA TERAPÉUTICA
 - U.D.1. LA EVOLUCIÓN DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL
 - U.D.2. LA EDUCACIÓN ESPECIAL. CONCEPTO DE NECESIDADES ESPECÍFICAS DE APOYO EDUCATIVO
 - U.D.3. PROCESO DE IDENTIFICACIÓN Y VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES
 - U.D.4. LA RESPUESTA EDUCATIVA EN LOS ALUMNOS CON NECESIDADES
 - U.D.5. LA ORIENTACIÓN EN EL PROCESO EDUCATIVO DE LOS ALUMNOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS
 - U.D.6. LOS RECURSOS MATERIALES Y PERSONALES PARA LA ATENCIÓN DE LOS ALUMNOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS
 - U.D.7. LA PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN LA EDUCACIÓN DE LOS ALUMNOS
 - U.D.8. LAS NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES
 - U.D.9. CRITERIOS PARA LA ELABORACIÓN DE ADAPTACIONES CURRICULARES
 - U.D.10. ALUMNOS/AS CON ALTAS CAPACIDADES INTELECTUALES
- MÓDULO 2. NEUROPSICOLOGÍA DE LA EDUCACIÓN
 - U.D.1. INTRODUCCIÓN A LA NEUROLOGÍA
 - U.D.2. FISIOLÓGÍA DEL SISTEMA NERVIOSO
 - U.D.3. NEUROPSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN
 - U.D.4. APRENDIZAJE
 - U.D.5. MEMORIA, ATENCIÓN Y MOTIVACIÓN
 - U.D.6. IMPLICACIONES DE LA NEUROLOGÍA EN EL APRENDIZAJE
 - U.D.7. APRENDIZAJE Y TIC
 - U.D.8. DIFICULTADES DE APRENDIZAJE
 - U.D.9. DETECCIÓN E INTERVENCIÓN DE LAS DIFICULTADES DE APRENDIZAJE
 - U.D.10. INTERVENCIÓN EN NEUROPSICOLOGÍA DE LA EDUCACIÓN
- MÓDULO 3. ATENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA NIÑOS CON HIPERACTIVIDAD (TDHA)
 - U.D.1. TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Introducción al Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

Naturaleza del trastorno

Factores intervinientes

- 3.1.- Factores genéticos
- 3.2.- Factores neuroquímicos
- 3.3.- Factores ambientales
- 3.4.- Factores psicosociales

Síntomas del trastorno de hiperactividad en menores

- 4.1.- Síntomas de inatención
- 4.2.- Síntomas de hiperactividad
- 4.3.- Síntomas de impulsividad

Manifestaciones clínicas

- U.D.2. INTRODUCCIÓN AL DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DEL TDAH

Introducción al diagnóstico y la evaluación de la hiperactividad en niños

Modelos cognitivos del TDAH

- 2.1.- Modelos cognitivos de déficit único
- 2.2.- Modelos cognitivos duales o de déficit múltiple
- Factores de riesgo TDAH
 - 3.1.- Componentes genéticos
 - 3.2.- Componentes no genéticos
 - 3.3.- Otros factores
- Disfunciones neuropsicológicas del TDAH
- Introducción al diagnóstico clínico
 - U.D.3. DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DEL TDAH
- Indicadores de TDAH en niños
 - 1.1.- Ámbito familiar
 - 1.2.- Ámbito escolar
- Diagnóstico según DSM-V
 - 2.1.- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
 - 2.2.- Otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado
 - 2.3.- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado
- Pasos a seguir en la evaluación del trastorno
 - 3.1.- Historia clínica
 - 3.2.- Observación directa
 - 3.3.- Evaluación Psicológica
- Pruebas e instrumentos para el diagnóstico y evaluación
 - 4.1.- EDAH. Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad
 - 4.2.- SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes
 - 4.3.- DiViSA, Test de Discriminación Visual Simple de Árboles
 - 4.4.- BASC. Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes
 - 4.5.- AULA PACK CLINIC
 - 4.6.- BRIEF
 - 4.7.- BRIEF-P. Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva - Versión Infantil
 - 4.8.- AGL, Atención Global-Local
 - 4.9.- Otras escalas y pruebas complementarias
- Patologías asociadas al TDAH
 - U.D.4. TRATAMIENTO DE TDAH
- Tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad
- Tratamiento farmacológico
- Terapia conductual
- Terapia cognitivo-conductual
- Atención temprana de TDAH
- Principales consecuencias del TDAH en niños
 - 6.1.- Ámbito familiar
 - 6.2.- Ámbito escolar
- U.D.5. ATENCIÓN PSICOEDUCATIVA INTEGRAL EN NIÑOS CON TDAH
- La atención psicoeducativa integral en niños con TDAH
- Indicadores de TDAH en el aula
- Escuela inclusiva
- Pautas generales de intervención en el aula
- Recursos para docentes y padres de niños/as con TDAH
 - 5.1.- Asociaciones TDAH
 - U.D.6. DIFICULTADES ASOCIADAS AL TDAH
- Dificultades asociadas al trastorno de hiperactividad
 - 1.1.- Dificultades académicas
 - 1.2.- Desarrollo motriz
 - 1.3.- Habla y lenguaje

- 1.4.- Accidentes
- 1.5.- Problemas conductuales y emocionales
- Dificultades de aprendizaje en niños con TDAH
 - 2.1.- Lectura
 - 2.2.- Escritura
 - 2.3.- Matemáticas
 - U.D.7. ADAPTACIONES CURRICULARES PARA NIÑOS CON TDAH
- Adaptaciones curriculares para niños con TDAH
- Adaptaciones curriculares significativas
- Adaptaciones curriculares no significativas
 - 3.1.- Adaptaciones metodológicas
 - 3.2.- Adaptaciones ambientales
 - 3.3.- Adaptaciones organizativas
- Técnicas de estudio
 - 4.1.- Lectura general del texto
 - 4.2.- Lectura comprensiva
 - 4.3.- Resumen de las ideas principales
 - 4.4.- Realizar un esquema sencillo
 - 4.5.- Memorización y retención de las ideas importantes
 - U.D.8. INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN NIÑOS CON TDAH
- La intervención psicoeducativa en el aula
- Objetivos de la intervención psicoeducativa
- Técnicas de modificación de conducta
 - 3.1.- Técnicas para aumentar la conducta deseada
 - 3.2.- Técnicas para disminuir la conducta
 - U.D.9. ESTRATEGIAS EDUCATIVAS PARA NIÑOS CON TDAH
- Introducción a las estrategias educativas para niños con TDAH
- Fortalecer la autoestima
- Comunicación efectiva
 - 3.1.- Entrenamiento asertivo
 - 3.2.- Estrategias para mejorar la comunicación afectiva
- Comportamiento apropiado
 - 4.1.- Estrategia para conseguir la conducta apropiada
 - 4.2.- Fomentar la interacción social
- Autocontrol
 - 5.1.- Técnica de la tortuga
 - 5.2.- Técnica de autoinstrucciones
- Impulsividad
 - 6.1.- Estrategias para controlar la impulsividad
 - U.D.10. ORIENTACIONES PARA PADRES
- Consideraciones generales en la orientación para padres con niños con TDAH
 - 1.1.- Entrevistas familiares
- Técnicas de modificación de conducta en casa. Premios y castigos
 - 2.1.- Técnica economía de fichas
- Pautas generales de actuación de padres con niños con TDAH. Normas de conducta
 - 3.1.- Actividades a evitar
- Pautas generales de actuación para niños
- Fichas de evaluación y seguimiento para padres
 - MÓDULO 4. PSICOLOGÍA INFANTIL
 - U.D.1. INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA INFANTIL
 - U.D.2. DESARROLLO PRENATAL
 - U.D.3. EL NIÑO DE 0 A 15 MESES
 - U.D.4. EL NIÑO DE 1 A 3 AÑOS

- U.D.5. EL NIÑO DE 3 A 6 AÑOS
- U.D.6. EL NIÑO DE 6 A 9 AÑOS
- U.D.7. EL NIÑO DE 9 A 12 AÑOS
- U.D.8. PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTIL
- U.D.9. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO
- U.D.10. PSICOPATOLOGÍA INFANTIL
- U.D.11. PSICOPATOLOGÍA INFANTIL II
- U.D.12. INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN LA INFANCIA
- MÓDULO 5. DESARROLLO COGNITIVO, SENSORIAL, MOTOR Y PSICOMOTOR EN LA INFANCIA
 - U.D.1. LA INFANCIA I
 - U.D.2. LA INFANCIA II
 - U.D.3. EL DESARROLLO COGNITIVO EN LA INFANCIA
 - U.D.4. DESARROLLO SENSORIAL INFANTIL
 - U.D.5. DESARROLLO PERCEPTIVO Y EDUCACIÓN SENSORIAL
 - U.D.6. EL DESARROLLO MOTOR EN LA INFANCIA
 - U.D.7. LA PSICOMOTRICIDAD INFANTIL
 - U.D.8. LA PSICOMOTRICIDAD INFANTIL II
 - U.D.9. INTEGRACIÓN EN LA ESCUELA. NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES I
 - U.D.10. INTEGRACIÓN EN LA ESCUELA. NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES II
 - U.D.11. TÉCNICAS PARA EL TRATAMIENTO PRÁCTICO DEL DESARROLLO COGNITIVO, SENSORIAL, MOTOR Y PSICOMOTOR
- MÓDULO 6. ATENCIÓN TEMPRANA
 - U.D.1. ¿QUÉ ES LA ATENCIÓN TEMPRANA?
 - U.D.2. CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL Y ATENCIÓN TEMPRANA
 - U.D.3. DESARROLLO FÍSICO, SENSORIAL Y MOTOR DEL NIÑO DE CERO A SEIS AÑOS
 - U.D.4. DESARROLLO COGNITIVO DEL NIÑO DE 0 A 6 AÑOS
 - U.D.5. DESARROLLO DEL LENGUAJE Y LA COMUNICACIÓN EN EL NIÑO DE CERO A SEIS AÑOS
 - U.D.6. DESARROLLO SOCIOAFECTIVO DEL NIÑO DE CERO A SEIS AÑOS
 - U.D.7. TRASTORNOS SENSORIALES Y PERCEPTIVOS
 - U.D.8. TRASTORNOS MOTORES Y PSICOMOTORES
 - U.D.9. RETRASO MENTAL Y SOBREDOTACIÓN
 - U.D.10. COMUNICACIÓN: TRASTORNOS DEL LENGUAJE
 - U.D.11. TRASTORNOS EMOCIONALES Y DEL COMPORTAMIENTO
 - U.D.12. AUTISMO Y SÍNDROME DE DOWN
 - U.D.13. ESTIMULACIÓN PRE Y POSTNATAL
 - U.D.14. INTERVENCIÓN EN DISCAPACIDAD SENSORIAL
 - U.D.15. INTERVENCIÓN EN DISCAPACIDAD MOTÓRICA Y PSICOMOTRICIDAD
 - U.D.16. INTERVENCIÓN EN DISCAPACIDAD INTELECTUAL
 - U.D.17. INTERVENCIÓN EN PROBLEMAS DEL LENGUAJE Y LA COMUNICACIÓN
 - UNIDAD DIDÁCTICA 18. INTERVENCIÓN EN PROBLEMAS EMOCIONALES Y DE COMPORTAMIENTO
 - U.D.19. INTERVENCIÓN EN AUTISMO Y SÍNDROME DE DOWN
 - U.D.20. INFLUENCIA FAMILIAR EN EL DESARROLLO INFANTIL
 - U.D.21. INTERVENCIÓN EN EL CONTEXTO FAMILIAR

32 EUROINNOVA

EUROINNOVA FORMACIÓN

ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA: TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

<http://www.euroinnova.edu.es/Psicologia-Trastorno-Deficit-Atencion-Hiperactividad-Tdah>

<file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Psicologia-Trastorno-Deficit-Atencion-Hiperactividad-Tdah.pdf>

1. Tipología general del centro: Centro de Formación

2. Tipología concreta de centro: Privada

3. Modalidad de la actividad: Online

4. Número medio de participantes inscritos por curso:

5. Duración de la actividad: 200 horas

6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:

7. Certificación o titulación expedida:

Titulación de Especialista en Psicología: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación

(Propio/Homologado): Euroinnova Business School y Avalada por la Escuela Superior de Cualificaciones Profesionales

9. Destinatarios de la acción formativa: Todos aquellos profesionales del ámbito de la psicología que deseen seguir formándose, así como cualquier persona interesada en este entorno que quiera adquirir conocimientos sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):

- Conocer todos los conceptos básicos relacionados con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).
- Explicar la evolución histórica y los síntomas del TDAH.
- Describir la etiología, los modelos cognitivos y los factores de riesgo del TDAH.
- Resumir el diagnóstico y la evaluación del TDAH.
- Conocer los problemas asociados al TDAH.
- Adquirir los principales conceptos relacionados con el tratamiento, las técnicas de modificación de conducta y la intervención Psicoeducativa a llevar a cabo con niños con TDAH.

11. Contenidos de la acción formativa (Describe los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa): (La información referente a los contenidos no relacionados con TDAH no se expone de forma completa por no ser foco de nuestro estudio.

U.D.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y SÍNTOMAS DEL TDAH

Introducción al Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

Evolución histórica del TDAH

- Las primeras alusiones al TDAH
- Reconocimiento oficial del TDAH

Mitos y realidad del TDAH

El TDAH en la actualidad

- Prevalencia en España

Síntomas del trastorno de hiperactividad en menores

- Síntomas de inatención
- Síntomas de hiperactividad
- Síntomas de impulsividad

U.D.2. FISIOLÓGÍA DEL TDAH

Áreas cerebrales involucradas en el TDAH

- Resultados de estudios realizados con TEP
- Resultados de estudios realizados con RMN
- Líneas de investigación futuras

Las funciones ejecutivas

La memoria

- Fisiología de la memoria y tipos
- Memoria a corto plazo
- Memoria a largo plazo

La atención

- Clasificación de la atención
- Sistemas de alerta

U.D.3. ETIOLOGÍA, MODELOS COGNITIVOS Y FACTORES DE RIESGO DEL TDAH

Introducción a la etiología del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Factores etiológicos y su influencia en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Modelos cognitivos del TDAH

- Modelos cognitivos de déficit único
- Modelos cognitivos duales o de déficit múltiple

Factores de riesgo TDAH

- Componentes genéticos
- Componentes no genéticos
- Otros factores

Disfunciones neuropsicológicas del TDAH

U.D.4. DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DEL TDAH

Diagnóstico y la evaluación de la hiperactividad en niños

Introducción al diagnóstico clínico

Indicadores de TDAH en niños

- Ámbito familiar
- Ámbito escolar

Diagnóstico según DSM-V

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
- Otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado

Pasos a seguir en la evaluación del trastorno

- Historia clínica
- Observación directa
- Evaluación Psicológica

Pruebas e instrumentos para el diagnóstico y evaluación

- EDAH. Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad
- SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes
- DiViSA, Test de Discriminación Visual Simple de Árboles
- BASC. Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes
- AULA PACK CLINIC
- BRIEF
- BRIEF-P. Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva - Versión Infantil
- AGL, Atención Global-Local
- Otras escalas y pruebas complementarias

U.D.5. PROBLEMAS ASOCIADOS AL TDAH

Trastornos del sueño y TDAH

- Trastornos primarios del sueño
- Trastornos del sueño relacionados con otros trastornos mentales
- Trastornos del sueño debido a una enfermedad médica
- Trastornos del sueño inducido por sustancias
- Fases del sueño

Problemas de la conducta alimentaria y TDAH

- Pica
- Trastorno por rumiación

Problemas afectivos y dificultades en las relaciones sociales en población TDAH

- Estrategias de intervención en la mejora de las relaciones sociales en niños con TDAH
- Actividades orientadas a la mejora de las habilidades sociales

Ansiedad y depresión en población TDAH

- Trastorno de ansiedad por separación
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno distímico

U.D.6. TRASTORNOS ASOCIADOS AL TDAH: COMORBILIDAD I

Comorbilidad

Trastorno negativista desafiante y TDAH

- Comienzos en el diagnóstico del trastorno negativista desafiante
- Características diagnósticas del trastorno negativista desafiante
- Criterios diagnósticos para el trastorno negativista desafiante según el DSM-V
- Enfoques en la intervención del trastorno negativista desafiante
- Diferentes teorías en el trastorno negativista desafiante

Trastorno disocial y TDAH

- Factores de riesgo del trastorno disocial
- Características diagnósticas del trastorno disocial
- Criterios diagnósticos para el trastorno disocial según el DSM-V
- Tipos de trastorno disocial en función de la edad de inicio
- Estrategias preventivas
- Modelos preventivos y sus ámbitos de aplicación

Trastornos por tics / síndrome de Tourette y TDAH

- Factores de riesgo y causas del síndrome de Tourette

- Características diagnósticas del trastorno de la Tourette
- Criterios diagnósticos de los trastorno de la Tourette
- Características diagnósticas de tics motores o vocales crónicos
- Criterios diagnósticos de tics motores o vocales crónicos
- Características diagnósticas de tics transitorios
- Criterios diagnósticos de tics transitorios

U.D.7. TRASTORNOS ASOCIADOS AL TDAH: COMORBILIDAD II

El trastorno bipolar en población TDAH

- Características diagnósticas del Trastorno Bipolar I
- Características diagnósticas del Trastorno Bipolar II
- Características diagnósticas del Trastorno Ciclotímico
- Terapia cognitivo conductual en el tratamiento del Trastorno Bipolar

Trastornos de Espectro Autista (TEA) y TDAH

- Criterios diagnósticos para el Trastorno de Espectro Autista
- Trastorno de Espectro Autista y Neuronas Espejo

Trastornos de aprendizaje y TDAH

- Aspectos comunes entre TDAH y trastornos de aprendizaje
- Factores de riesgo comunes entre TDAH y trastornos de aprendizaje
- TDAH y trastornos de aprendizaje no verbal
- Dislexia y TDAH
- Discalculia y TDAH

Trastorno por consumo de sustancias y TDAH

- TDAH como factor de riesgo en el desarrollo de un trastorno por uso de sustancias
- Criterios diagnósticos para la dependencia de sustancias
- Criterios diagnósticos para el abuso de sustancias
- El metilfenidato y el trastorno por abuso de sustancias
- La actividad física y hábitos saludables

U.D.8. TRATAMIENTO EN LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

El tratamiento en la modificación de conducta

Reforzamiento positivo

- Ejemplos de reforzamiento positivo
- Guías para la aplicación del reforzamiento positivo
- Programas de reforzamiento intermitente

Reforzamiento negativo

- Posibles ejemplos de escape
- Posibles ejemplos de evitación
- Guías para la aplicación de los procedimientos de escape y evitación

Coste de la respuesta

- Ejemplos de coste de respuesta

Castigo

- Guías a tener en cuenta en el procedimiento de castigo
- Castigo positivo
- Guías para la aplicación de un castigo positivo

U.D.9. TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

Técnicas de instigación

- Guías para la aplicación de las instrucciones

Técnicas de modelado

- Guías para la aplicación del modelado
- Guías físicas
- Guías para la aplicación de la guía física

Técnicas de extinción

- Ejemplos de técnicas de extinción

- Guías para aplicar un procedimiento de extinción

Tiempo fuera

- Orientaciones
- Diferentes tipos de la técnica de tiempo fuera
- Guías para la aplicación del tiempo fuera

Sobrecorrección

- Guías para la aplicación de técnicas de sobrecorrección

Economía de fichas

- La recompensa
- Las recompensas sociales
- Los límites
- Guías para la aplicación de la economía de fichas

Saciedad al estímulo

- Guías para aplicar la saciedad del estímulo

U.D.10. TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL

El tratamiento cognitivo-conductual

El tratamiento cognitivo conductual en adultos con TDAH

- Origen y uso precoz de la terapia cognitivo conductual
- Modos de implementación de la TCC en adultos
- Programas de terapia cognitivo conductual en adultos

El tratamiento cognitivo-conductual en niños y adolescentes con TDAH

- Intervención dirigida a profesores
- Intervención dirigida a familias

U.D.11. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento farmacológico en pacientes con TDAH

Fármacos psicoestimulantes

- Farmacoepidemiología
- Efectos terapéuticos generales

Comorbilidad y fármacos en TDAH

- Trastorno depresivo y ansiedad
- Trastorno por tics
- Trastorno de conducta
- Trastornos generalizados del desarrollo

Efectos secundarios del uso de los psicoestimulantes

Contraindicaciones en el uso de psicoestimulantes

Interacciones de los psicoestimulantes

Protocolo para la utilización de psicoestimulantes

- Manejo de los posibles efectos secundarios en el uso de psicoestimulantes

Tratamiento con no psicoestimulantes

- Cafeína
- Neurolépticos
- Antidepresivos tricíclicos
- Alfa-adrenérgicos

U.D.12. INTERVENCIÓN Y ATENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN EL AULA CON NIÑOS CON TDAH

La intervención psicoeducativa en el aula

Objetivos de la intervención psicoeducativa

La atención psicoeducativa integral en niños con TDAH

Indicadores de TDAH en el aula

Escuela inclusiva

Pautas generales de intervención en el aula

Recursos para docentes y padres de niños/as con TDAH

- Asociaciones TDAH

U.D.13. ADAPTACIONES CURRICULARES PARA NIÑOS CON TDAH

Adaptaciones curriculares para niños con TDAH

Adaptaciones curriculares significativas

Adaptaciones curriculares no significativas

- Adaptaciones metodológicas
- Adaptaciones ambientales
- Adaptaciones organizativas

Técnicas de estudio

- Lectura general del texto
- Lectura comprensiva
- Resumen de las ideas principales
- Realizar un esquema sencillo
- Memorización y retención de las ideas importantes

U.D.14. ORIENTACIONES PARA PADRES DE NIÑOS CON TDAH

Consideraciones generales en la orientación para padres con niños con TDAH

- Entrevistas familiares

Técnicas de modificación de conducta en casa. Premios y castigos

- Técnica economía de fichas

Pautas generales de actuación de padres con niños con TDAH. Normas de conducta

- Actividades a evitar

Pautas generales de actuación para niños

Fichas de evaluación y seguimiento para padres

33 EUROINNOVA

EUROINNOVA FORMACIÓN

ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA: TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) Doble titulación+4ECTS

<https://www.euroinnova.edu.es/Curso-Psicologia-Trastorno-Deficit-Atencion-Hiperactividad>

<file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Curso-Psicologia-Trastorno-Deficit-Atencion-Hiperactividad.pdf>

1. Tipología general del centro: Centro de Formación

2. Tipología concreta de centro: Privada

3. Modalidad de la actividad: Online

4. Número medio de participantes inscritos por curso:

5. Duración de la actividad: 310 horas

6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:

7. Certificación o titulación expedida:

- Titulación de Especialista en Psicología: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) expedida por Euroinnova Business School y Avalada por la Escuela Superior de Cualificaciones Profesionales

- Certificación Universitaria de Atención Psicoeducativa para Niños con Hiperactividad (TDHA) por la UNIVERSIDAD ANTONIO DE NEBRIJA con 4 Créditos Universitarios ECTS

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación

(Propio/Homologado): Euroinnova Business School y Universidad Antonio de Nebrija

9. Destinatarios de la acción formativa: Todos aquellos profesionales del ámbito de la psicología que deseen seguir formándose, así como cualquier persona interesada en este entorno que quiera adquirir conocimientos sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):

- Conocer todos los conceptos básicos relacionados con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).
- Explicar la evolución histórica y los síntomas del TDAH.
- Describir la etiología, los modelos cognitivos y los factores de riesgo del TDAH.
- Resumir el diagnóstico y la evaluación del TDAH.
- Conocer los problemas asociados al TDAH.
- Adquirir los principales conceptos relacionados con el tratamiento, las técnicas de modificación de conducta y la intervención Psicoeducativa a llevar a cabo con niños con TDAH.

11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

MÓDULO 1. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

U.D.1EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y SÍNTOMAS DEL TDAH

Introducción al Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

Evolución histórica del TDAH

2.1.- Las primeras alusiones al TDAH

2.2.- Reconocimiento oficial del TDAH

Mitos y realidad del TDAH

El TDAH en la actualidad

4.1.- Prevalencia en España

Síntomas del trastorno de hiperactividad en menores

5.1.- Síntomas de inatención

5.2.- Síntomas de hiperactividad

5.3.- Síntomas de impulsividad

U.D.2. FISIOLÓGÍA DEL TDAH

Áreas cerebrales involucradas en el TDAH

- 1.1.- Resultados de estudios realizados con TEP
- 1.2.- Resultados de estudios realizados con RMN
- 1.3.- Líneas de investigación futuras

Las funciones ejecutivas

La memoria

- 3.1.- Fisiología de la memoria y tipos
- 3.2.- Memoria a corto plazo
- 3.3.- Memoria a largo plazo

La atención

- 4.1.- Clasificación de la atención
- 4.2.- Sistemas de alerta

U.D.3. ETIOLOGÍA, MODELOS COGNITIVOS Y FACTORES DE RIESGO DEL TDAH

Introducción a la etiología del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Factores etiológicos y su influencia en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Modelos cognitivos del TDAH

- 3.1.- Modelos cognitivos de déficit único
- 3.2.- Modelos cognitivos duales o de déficit múltiple

Factores de riesgo TDAH

- 4.1.- Componentes genéticos
- 4.2.- Componentes no genéticos
- 4.3.- Otros factores

Disfunciones neuropsicológicas del TDAH

U.D.4. DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DEL TDAH

Diagnóstico y la evaluación de la hiperactividad en niños

Introducción al diagnóstico clínico

Indicadores de TDAH en niños

- 3.1.- Ámbito familiar
- 3.2.- Ámbito escolar

Diagnóstico según DSM-V

- 4.1.- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
- 4.2.- Otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado
- 4.3.- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado

Pasos a seguir en la evaluación del trastorno

- 5.1.- Historia clínica
- 5.2.- Observación directa
- 5.3.- Evaluación Psicológica

Pruebas e instrumentos para el diagnóstico y evaluación

- 6.1.- EDAH. Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad
- 6.2.- SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes
- 6.3.- DiViSA, Test de Discriminación Visual Simple de Árboles
- 6.4.- BASC. Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes
- 6.5.- AULA PACK CLINIC
- 6.6.- BRIEF
- 6.7.- BRIEF-P. Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva - Versión Infantil
- 6.8.- AGL, Atención Global-Local
- 6.9.- Otras escalas y pruebas complementarias

U.D.5. PROBLEMAS ASOCIADOS AL TDAH

Trastornos del sueño y TDAH

- 1.1.- Trastornos primarios del sueño
- 1.2.- Trastornos del sueño relacionados con otros trastornos mentales
- 1.3.- Trastornos del sueño debido a una enfermedad médica
- 1.4.- Trastornos del sueño inducido por sustancias
- 1.5.- Fases del sueño

Problemas de la conducta alimentaria y TDAH

- 2.1.- Pica
- 2.2.- Trastorno por rumiación

Problemas afectivos y dificultades en las relaciones sociales en población TDAH

- 3.1.- Estrategias de intervención en la mejora de las relaciones sociales en niños con TDAH

3.2.- Actividades orientadas a la mejora de las habilidades sociales

Ansiedad y depresión en población TDAH

4.1.- Trastorno de ansiedad por separación

4.2.- Trastorno de ansiedad generalizada

4.3.- Trastorno depresivo mayor

4.4.- Trastorno distímico

U.D.6. TRASTORNOS ASOCIADOS AL TDAH: COMORBILIDAD I

Comorbilidad

Trastorno negativista desafiante y TDAH

2.1.- Comienzos en el diagnóstico del trastorno negativista desafiante

2.2.- Características diagnósticas del trastorno negativista desafiante

2.3.- Criterios diagnósticos para el trastorno negativista desafiante según el DSM-V

2.4.- Enfoques en la intervención del trastorno negativista desafiante

2.5.- Diferentes teorías en el trastorno negativista desafiante

Trastorno disocial y TDAH

3.1.- Factores de riesgo del trastorno disocial

3.2.- Características diagnósticas del trastorno disocial

3.3.- Criterios diagnósticos para el trastorno disocial según el DSM-V

3.4.- Tipos de trastorno disocial en función de la edad de inicio

3.5.- Estrategias preventivas

3.6.- Modelos preventivos y sus ámbitos de aplicación

Trastornos por tics / síndrome de Tourette y TDAH

4.1.- Factores de riesgo y causas del síndrome de Tourette

4.2.- Características diagnósticas del trastorno de la Tourette

4.3.- Criterios diagnósticos de los trastorno de la Tourette

4.4.- Características diagnósticas de tics motores o vocales crónicos

4.5.- Criterios diagnósticos de tics motores o vocales crónicos

4.6.- Características diagnósticas de tics transitorios

4.7.- Criterios diagnósticos de tics transitorios

U.D.7. TRASTORNOS ASOCIADOS AL TDAH: COMORBILIDAD II

El trastorno bipolar en población TDAH

- 1.1.- Características diagnósticas del Trastorno Bipolar I
- 1.2.- Características diagnósticas del Trastorno Bipolar II
- 1.3.- Características diagnósticas del Trastorno Ciclotímico
- 1.4.- Terapia cognitivo conductual en el tratamiento del Trastorno Bipolar

Trastornos de Espectro Autista (TEA) y TDAH

- 2.1.- Criterios diagnósticos para el Trastorno de Espectro Autista
- 2.2.- Trastorno de Espectro Autista y Neuronas Espejo

Trastornos de aprendizaje y TDAH

- 3.1.- Aspectos comunes entre TDAH y trastornos de aprendizaje
- 3.2.- Factores de riesgo comunes entre TDAH y trastornos de aprendizaje
- 3.3.- TDAH y trastornos de aprendizaje no verbal
- 3.4.- Dislexia y TDAH
- 3.5.- Discalculia y TDAH

Trastorno por consumo de sustancias y TDAH

- 4.1.- TDAH como factor de riesgo en el desarrollo de un trastorno por uso de sustancias
- 4.2.- Criterios diagnósticos para la dependencia de sustancias
- 4.3.- Criterios diagnósticos para el abuso de sustancias
- 4.4.- El metilfenidato y el trastorno por abuso de sustancias
- 4.5.- La actividad física y hábitos saludables

U.D.8. TRATAMIENTO EN LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

El tratamiento en la modificación de conducta

Reforzamiento positivo

- 2.1.- Ejemplos de reforzamiento positivo
- 2.2.- Guías para la aplicación del reforzamiento positivo
- 2.3.- Programas de reforzamiento intermitente

Reforzamiento negativo

- 3.1.- Posibles ejemplos de escape
- 3.2.- Posibles ejemplos de evitación

3.3.- Guías para la aplicación de los procedimientos de escape y evitación

Coste de la respuesta

4.1.- Ejemplos de coste de respuesta

Castigo

5.1.- Guías a tener en cuenta en el procedimiento de castigo

5.2.- Castigo positivo

5.3.- Guías para la aplicación de un castigo positivo

U.D.9. TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

Técnicas de instigación

1.1.- Guías para la aplicación de las instrucciones

Técnicas de modelado

2.1.- Guías para la aplicación del modelado

2.2.- Guías físicas

2.3.- Guías para la aplicación de la guía física

Técnicas de extinción

3.1.- Ejemplos de técnicas de extinción

3.2.- Guías para aplicar un procedimiento de extinción

Tiempo fuera

4.1.- Orientaciones

4.2.- Diferentes tipos de la técnica de tiempo fuera

4.3.- Guías para la aplicación del tiempo fuera

Sobrecorrección

5.1.- Guías para la aplicación de técnicas de sobrecorrección

Economía de fichas

6.1.- La recompensa

6.2.- Las recompensas sociales

6.3.- Los límites

6.4.- Guías para la aplicación de la economía de fichas

Saciedad al estímulo

7.1.- Guías para aplicar la saciedad del estímulo

U.D.10. TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL

El tratamiento cognitivo-conductual

El tratamiento cognitivo conductual en adultos con TDAH

- 2.1.- Origen y uso precoz de la terapia cognitivo conductual
- 2.2.- Modos de implementación de la TCC en adultos
- 2.3.- Programas de terapia cognitivo conductual en adultos

El tratamiento cognitivo-conductual en niños y adolescentes con TDAH

- 3.1.- Intervención dirigida a profesores
- 3.2.- Intervención dirigida a familias

U.D.11. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento farmacológico en pacientes con TDAH

Fármacos psicoestimulantes

- 2.1.- Farmacoepidemiología
- 2.2.- Efectos terapéuticos generales

Comorbilidad y fármacos en TDAH

- 3.1.- Trastorno depresivo y ansiedad
- 3.2.- Trastorno por tics
- 3.3.- Trastorno de conducta
- 3.4.- Trastornos generalizados del desarrollo

Efectos secundarios del uso de los psicoestimulantes

Contraindicaciones en el uso de psicoestimulantes

Interacciones de los psicoestimulantes

Protocolo para la utilización de psicoestimulantes

- 7.1.- Manejo de los posibles efectos secundarios en el uso de psicoestimulantes

Tratamiento con no psicoestimulantes

- 8.1.- Cafeína
- 8.2.- Neurolépticos
- 8.3.- Antidepresivos tricíclicos
- 8.4.- Alfa-adrenérgicos

U.D.12. INTERVENCIÓN Y ATENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN EL AULA CON NIÑOS CON TDAH

La intervención psicoeducativa en el aula

Objetivos de la intervención psicoeducativa

La atención psicoeducativa integral en niños con TDAH

Indicadores de TDAH en el aula

Escuela inclusiva

Pautas generales de intervención en el aula

Recursos para docentes y padres de niños/as con TDAH

7.1.- Asociaciones TDAH

U.D.13. ADAPTACIONES CURRICULARES PARA NIÑOS CON TDAH

Adaptaciones curriculares para niños con TDAH

Adaptaciones curriculares significativas

Adaptaciones curriculares no significativas

3.1.- Adaptaciones metodológicas

3.2.- Adaptaciones ambientales

3.3.- Adaptaciones organizativas

Técnicas de estudio

4.1.- Lectura general del texto

4.2.- Lectura comprensiva

4.3.- Resumen de las ideas principales

4.4.- Realizar un esquema sencillo

4.5.- Memorización y retención de las ideas importantes

U.D.14. ORIENTACIONES PARA PADRES DE NIÑOS CON TDAH

Consideraciones generales en la orientación para padres con niños con TDAH

1.1.- Entrevistas familiares

Técnicas de modificación de conducta en casa. Premios y castigos

2.1.- Técnica economía de fichas

Pautas generales de actuación de padres con niños con TDAH. Normas de conducta

3.1.- Actividades a evitar

Pautas generales de actuación para niños

Fichas de evaluación y seguimiento para padres

MÓDULO 2. ATENCIÓN PSICIOEDUCATIVA PARA NIÑOS CON HIPERACTIVIDAD (TDHA)

U.D.1. TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Introducción al Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

Naturaleza del trastorno

Factores intervinientes

3.1.- Factores genéticos

3.2.- Factores neuroquímicos

3.3.- Factores ambientales

3.4.- Factores psicosociales

Síntomas del trastorno de hiperactividad en menores

4.1.- Síntomas de inatención

4.2.- Síntomas de hiperactividad

4.3.- Síntomas de impulsividad

Manifestaciones clínicas

U.D.2. INTRODUCCIÓN AL DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DEL TDAH

Introducción al diagnóstico y la evaluación de la hiperactividad en niños

Modelos cognitivos del TDAH

2.1.- Modelos cognitivos de déficit único

2.2.- Modelos cognitivos duales o de déficit múltiple

Factores de riesgo TDAH

3.1.- Componentes genéticos

3.2.- Componentes no genéticos

3.3.- Otros factores

Disfunciones neuropsicológicas del TDAH

Introducción al diagnóstico clínico

U.D.3. DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DEL TDAH

Indicadores de TDAH en niños

1.1.- Ámbito familiar

1.2.- Ámbito escolar

Diagnóstico según DSM-V

2.1.- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

2.2.- Otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado

2.3.- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado

Pasos a seguir en la evaluación del trastorno

3.1.- Historia clínica

3.2.- Observación directa

3.3.- Evaluación Psicológica

Pruebas e instrumentos para el diagnóstico y evaluación

4.1.- EDAH. Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

4.2.- SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes

4.3.- DiViSA, Test de Discriminación Visual Simple de Árboles

4.4.- BASC. Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes

4.5.- AULA PACK CLINIC

4.6.- BRIEF

4.7.- BRIEF-P. Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva - Versión Infantil

4.8.- AGL, Atención Global-Local

4.9.- Otras escalas y pruebas complementarias

Patologías asociadas al TDAH

U.D.4. TRATAMIENTO DE TDAH

Tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Tratamiento farmacológico

Terapia conductual

Terapia cognitivo-conductual

Atención temprana de TDAH

Principales consecuencias del TDAH en niños

6.1.- Ámbito familiar

6.2.- Ámbito escolar

U.D.5. ATENCIÓN PSICOEDUCATIVA INTEGRAL EN NIÑOS CON TDAH

La atención psicoeducativa integral en niños con TDAH

Indicadores de TDAH en el aula

Escuela inclusiva

Pautas generales de intervención en el aula

Recursos para docentes y padres de niños/as con TDAH

5.1.- Asociaciones TDAH

U.D.6. DIFICULTADES ASOCIADAS AL TDAH

Dificultades asociadas al trastorno de hiperactividad

1.1.- Dificultades académicas

1.2.- Desarrollo motriz

1.3.- Habla y lenguaje

1.4.- Accidentes

1.5.- Problemas conductuales y emocionales

Dificultades de aprendizaje en niños con TDAH

2.1.- Lectura

2.2.- Escritura

2.3.- Matemáticas

U.D.7. ADAPTACIONES CURRICULARES PARA NIÑOS CON TDAH

Adaptaciones curriculares para niños con TDAH

Adaptaciones curriculares significativas

Adaptaciones curriculares no significativas

3.1.- Adaptaciones metodológicas

3.2.- Adaptaciones ambientales

3.3.- Adaptaciones organizativas

Técnicas de estudio

4.1.- Lectura general del texto

4.2.- Lectura comprensiva

4.3.- Resumen de las ideas principales

4.4.- Realizar un esquema sencillo

4.5.- Memorización y retención de las ideas importantes

U.D.8. INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN NIÑOS CON TDAH

La intervención psicoeducativa en el aula

Objetivos de la intervención psicoeducativa

Técnicas de modificación de conducta

3.1.- Técnicas para aumentar la conducta deseada

3.2.- Técnicas para disminuir la conducta

U.D.9. ESTRATEGIAS EDUCATIVAS PARA NIÑOS CON TDAH

Introducción a las estrategias educativas para niños con TDAH

Fortalecer la autoestima

Comunicación efectiva

3.1.- Entrenamiento asertivo

3.2.- Estrategias para mejorar la comunicación afectiva

Comportamiento apropiado

4.1.- Estrategia para conseguir la conducta apropiada

4.2.- Fomentar la interacción social

Autocontrol

5.1.- Técnica de la tortuga

5.2.- Técnica de autoinstrucciones

Impulsividad

6.1.- Estrategias para controlar la impulsividad

U.D.10. ORIENTACIONES PARA PADRES

Consideraciones generales en la orientación para padres con niños con TDAH

1.1.- Entrevistas familiares

Técnicas de modificación de conducta en casa. Premios y castigos

2.1.- Técnica economía de fichas

Pautas generales de actuación de padres con niños con TDAH. Normas de conducta

3.1.- Actividades a evitar

Pautas generales de actuación para niños

Fichas de evaluación y seguimiento para padres

34 EUROINNOVA

EUROINNOVA FORMACIÓN

POSTGRADO EXPERTO EN TDAH, TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE Y DE LA CONDUCTA (Titulación Múltiple - Titulación Homologada Y Baremable + 12 Créditos ECTS)

<https://www.euroinnova.edu.es/Postgrado-Tdah-Trastornos-Aprendizaje-Conducta>

<file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Postgrado-Tdah-Trastornos-Aprendizaje-Conducta.pdf>

1. Tipología general del centro: Centro de Formación

2. Tipología concreta de centro: Privada

3. Modalidad de la actividad: Online

4. Número medio de participantes inscritos por curso:

5. Duración de la actividad: 660 horas

6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:

7. Certificación o titulación expedida:

- Titulación de Postgrado Experto en TDAH, Trastornos del Aprendizaje y de la Conducta con 300 horas expedida por Euroinnova Business School y Avalada por la Escuela Superior de Cualificaciones Profesionales
- Certificación Universitaria de Atención Psicoeducativa para Niños con Hiperactividad (TDHA) por la UNIVERSIDAD ANTONIO DE NEBRIJA con 4 Créditos Universitarios ECTS
- Certificación Universitaria en Intervención Psicoeducativa ante Dificultades de Aprendizaje por la UNIVERSIDAD ANTONIO DE NEBRIJA con 4 Créditos Universitarios ECTS
- Certificación Universitaria en Intervención Psicoeducativa en Alteraciones de la Conducta en Niños de 0-13 años por la UNIVERSIDAD ANTONIO DE NEBRIJA con 4 Créditos Universitarios ECTS

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación

(Propio/Homologado): Euroinnova Business School y Universidad Antonio de Nebrija

9. Destinatarios de la acción formativa: Maestros de Educación Infantil, Educación Primaria, Profesores de Enseñanza Secundaria, Psicólogos, Pedagogos, Psicopedagogos, etc. y, en general, cualquier Titulado Universitario interesado en desempeñar su labor profesional en el ámbito docente. Profesionales de la Educación interesados en una Formación de Calidad que les permita hacer frente a la realidad cambiante de las aulas y a las nuevas competencias que se requieren para el ejercicio de su profesión. También para aquellas personas que quieran conseguir una TITULACIÓN UNIVERSITARIA HOMOLOGADA.

10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):

- Conocer los aspectos básicos y lo más importantes sobre la Hiperactividad (TDHA).
- Aprender a intervenir de manera psicoeducativa a un niño con hiperactividad.

- Saber actuar ante situaciones con niños con hiperactividad (TDHA).
- Introducir los conceptos de aprendizaje y memoria y su localización cerebral
- Conocer el proceso de evaluación para detectar las Dificultades de Aprendizaje de los niños.
- Aprender los instrumentos que son necesarios para la evaluación de la inteligencia, el potencial de aprendizaje, las aptitudes y el rendimiento escolar de los niños.
- Saber las diferencias entre los diferentes tipos de Dificultades de Aprendizaje.
- Conocer las peculiaridades del entorno social de los niños con Dificultades de Aprendizaje.
- Explicar las medidas que se pueden llevar a cabo en el centro escolar para ayudar a los niños con este tipo de dificultad.
- Conocer las características de la intervención psicoeducativa en alteraciones de conducta durante la infancia.
- Conocer los principales tipos de alteraciones de conducta, sus causas y consecuencias.
- Comprender los diversos tratamientos y técnicas conductuales y/o cognitivas que pueden ser aplicados durante la infancia así como adquirir conocimientos básicos para su correcta aplicación.

11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

MÓDULO 1. ATENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA NIÑOS CON HIPERACTIVIDAD

U.D.1. TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Introducción al Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

Naturaleza del trastorno

Factores intervinientes

- 3.1.- Factores genéticos
- 3.2.- Factores neuroquímicos
- 3.3.- Factores ambientales
- 3.4.- Factores psicosociales

Síntomas del trastorno de hiperactividad en menores

- 4.1.- Síntomas de inatención
- 4.2.- Síntomas de hiperactividad
- 4.3.- Síntomas de impulsividad

Manifestaciones clínicas

U.D.2. INTRODUCCIÓN AL DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DEL TDAH

Introducción al diagnóstico y la evaluación de la hiperactividad en niños

Modelos cognitivos del TDAH

- 2.1.- Modelos cognitivos de déficit único
- 2.2.- Modelos cognitivos duales o de déficit múltiple

Factores de riesgo TDAH

- 3.1.- Componentes genéticos
- 3.2.- Componentes no genéticos
- 3.3.- Otros factores

Disfunciones neuropsicológicas del TDAH

Introducción al diagnóstico clínico

U.D.3. DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DEL TDAH

Indicadores de TDAH en niños

- 1.1.- Ámbito familiar
- 1.2.- Ámbito escolar

Diagnóstico según DSM-V

- 2.1.- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
- 2.2.- Otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado
- 2.3.- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado

Pasos a seguir en la evaluación del trastorno

- 3.1.- Historia clínica
- 3.2.- Observación directa
- 3.3.- Evaluación Psicológica

Pruebas e instrumentos para el diagnóstico y evaluación

- 4.1.- EDAH. Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad
- 4.2.- SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes
- 4.3.- DiViSA, Test de Discriminación Visual Simple de Árboles
- 4.4.- BASC. Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes
- 4.5.- AULA PACK CLINIC
- 4.6.- BRIEF
- 4.7.- BRIEF-P. Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva - Versión Infantil
- 4.8.- AGL, Atención Global-Local

4.9.- Otras escalas y pruebas complementarias

Patologías asociadas al TDAH

U.D.4. TRATAMIENTO DE TDAH

Tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Tratamiento farmacológico

Terapia conductual

Terapia cognitivo-conductual

Atención temprana de TDAH

Principales consecuencias del TDAH en niños

6.1.- Ámbito familiar

6.2.- Ámbito escolar

U.D.5. ATENCIÓN PSICOEDUCATIVA INTEGRAL EN NIÑOS CON TDAH

La atención psicoeducativa integral en niños con TDAH

Indicadores de TDAH en el aula

Escuela inclusiva

Pautas generales de intervención en el aula

Recursos para docentes y padres de niños/as con TDAH

5.1.- Asociaciones TDAH

U.D.6. DIFICULTADES ASOCIADAS AL TDAH

Dificultades asociadas al trastorno de hiperactividad

1.1.- Dificultades académicas

1.2.- Desarrollo motriz

1.3.- Habla y lenguaje

1.4.- Accidentes

1.5.- Problemas conductuales y emocionales

Dificultades de aprendizaje en niños con TDAH

2.1.- Lectura

2.2.- Escritura

2.3.- Matemáticas

U.D.7. ADAPTACIONES CURRICULARES PARA NIÑOS CON TDAH

Adaptaciones curriculares para niños con TDAH

Adaptaciones curriculares significativas

Adaptaciones curriculares no significativas

3.1.- Adaptaciones metodológicas

3.2.- Adaptaciones ambientales

3.3.- Adaptaciones organizativas

Técnicas de estudio

4.1.- Lectura general del texto

4.2.- Lectura comprensiva

4.3.- Resumen de las ideas principales

4.4.- Realizar un esquema sencillo

4.5.- Memorización y retención de las ideas importantes

U.D.8. INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN NIÑOS CON TDAH

La intervención psicoeducativa en el aula

Objetivos de la intervención psicoeducativa

Técnicas de modificación de conducta

3.1.- Técnicas para aumentar la conducta deseada

3.2.- Técnicas para disminuir la conducta

U.D.9. ESTRATEGIAS EDUCATIVAS PARA NIÑOS CON TDAH

Introducción a las estrategias educativas para niños con TDAH

Fortalecer la autoestima

Comunicación efectiva

3.1.- Entrenamiento asertivo

3.2.- Estrategias para mejorar la comunicación afectiva

Comportamiento apropiado

4.1.- Estrategia para conseguir la conducta apropiada

4.2.- Fomentar la interacción social

Autocontrol

5.1.- Técnica de la tortuga

5.2.- Técnica de autoinstrucciones

Impulsividad

6.1.- Estrategias para controlar la impulsividad

U.D.10. ORIENTACIONES PARA PADRES

Consideraciones generales en la orientación para padres con niños con TDAH

1.1.- Entrevistas familiares

Técnicas de modificación de conducta en casa. Premios y castigos

2.1.- Técnica economía de fichas

Pautas generales de actuación de padres con niños con TDAH. Normas de conducta

3.1.- Actividades a evitar

Pautas generales de actuación para niños

Fichas de evaluación y seguimiento para padres

MÓDULO 2. INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA ANTE DIFICULTADES DE APRENDIZAJE

U.D.1. BASES PSICOFISIOLÓGICAS DEL APRENDIZAJE

Introducción

La localización cerebral del aprendizaje y de la memoria

La plasticidad sináptica

Las diferencias humanas en inteligencia

Trastornos físicos y psíquicos relacionados con el aprendizaje

U.D.2. EVALUACIÓN GENERAL PARA DETECTAR LAS DIFICULTADES DE APRENDIZAJE DE LOS NIÑOS

Introducción

Proceso evaluativo de las Dificultades de Aprendizaje

Procedimiento de recogida de datos

Instrumentos de evaluación de la inteligencia

Evaluación del potencial de aprendizaje

Instrumentos de evaluación de aptitudes y rendimiento escolar

Instrumentos de evaluación de la personalidad

U.D.3. LAS DIFICULTADES DE APRENDIZAJE (I)

Introducción

Las Dificultades de Aprendizaje: definición operacional y tipos

Clasificación de las dificultades de aprendizaje

U.D.4. LAS DIFICULTADES DE APRENDIZAJE (II)

Introducción

Aportaciones de los modelos teóricos clásicos para la detección e intervención de las Dificultades de Aprendizaje

La evaluación de la intervención psicopedagógica

Líneas actuales en la intervención de las Dificultades de Aprendizaje

U.D.5. CARACTERÍSTICAS SOCIOAFECTIVAS Y CONDUCTUALES QUE INFLUYEN EN LAS DIFICULTADES DE APRENDIZAJE

Introducción: el aprendizaje de los niños y su socialización

Importancia de las habilidades sociales en las Dificultades de Aprendizaje de los niños

Problemas de comportamiento y Dificultades de Aprendizaje

Medidas preventivas generales para los problemas de conducta

Detección temprana de los problemas de conducta

Líneas generales de intervención en los niños con problemas de conducta

U.D.6. ORGANIZACIÓN DEL CENTRO ESCOLAR PARA ATENDER AL ALUMNADO CON DIFICULTADES DE APRENDIZAJE

Introducción

La atención a la diversidad en los centros educativos

Medidas de atención a la diversidad desde la programación didáctica

Programas de atención a la diversidad

Organización y forma de trabajar en el aula para la inclusión del alumnado con Dificultades de Aprendizaje

MÓDULO 3. INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN ALTERACIONES DE CONDUCTA EN NIÑOS DE 0-13 AÑOS

U.D.1. INTRODUCCIÓN A LA TERAPIA DE CONDUCTA

Los orígenes de la Terapia de Conducta

Fundamentos de la Terapia de Conducta

Modelo Cognitivo

Modelo Conductual

Análisis Funcional de la Conducta

U.D.2. TERAPIA DE CONDUCTA APLICADA A LOS NIÑOS

Aspectos diferenciadores de la Terapia de Conducta aplicada a los niños

Características de la intervención psicológica en la infancia

U.D.3. PROCESO TERAPÉUTICO

Descripción del proceso terapéutico

Características de la evaluación infantil

Técnicas de evaluación conductual en la infancia

Diseño y planificación del Plan de Intervención

U.D.4. EL TERAPEUTA

Cómo acreditar al experto en Terapia de Conducta

Habilidades terapéuticas en Terapia de Conducta Infantil (TCI)

U.D.5. ETAPAS DEL DESARROLLO INFANTIL

La edad bebé

De 1 a 3 años

De 3 a 6 años

De 6 a 9 años

De 9 a 13 años

U.D.6. TRASTORNOS DE CONDUCTA

Definición y características de los trastornos de conducta

Causas de los trastornos de conducta

Clasificación de los trastornos de conducta

El Trastorno Negativista Desafiante y su tratamiento

El Trastorno Disocial

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

Trastorno Autista

U.D.7. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

La ansiedad

Las fobias infantiles

Clasificación de los trastornos de ansiedad en la infancia

Tratamiento de los trastornos de ansiedad en la infancia

U.D.8. TRASTORNOS AFECTIVOS

Concepto, causas y clasificación de los trastornos de afectividad

Trastornos afectivos bipolares en la infancia

Síntomas de los trastornos de la afectividad en la infancia

Diagnóstico, tratamiento y prevención de los trastornos de afectividad en la infancia

El mutismo en la infancia

La depresión infantil

U.D.9. TRASTORNOS DEL SUEÑO Y TRASTORNOS DE LA ELIMINACIÓN

Trastornos del sueño

Trastornos de la eliminación

35 EUROINNOVA

EUROINNOVA FORMACIÓN

POSTGRADO EXPERTO EN ATENCIÓN A NIÑOS CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) PARA MAESTROS DE PEDAGOGÍA TERAPÉUTICA (Curso Homologado y Baremable en Oposiciones de Magisterio de Pedagogía Terapéutica + 4 Créditos ECTS)

<https://www.euroinnova.edu.es/Experto-Atencion-Ninos-Hiperactividad-Maestros-Pedagogia-Terapeutica>

<file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Experto-Atencion-Ninos-Hiperactividad-Maestros-Pedagogia-Terapeutica.pdf>

1. Tipología general del centro: Centro de Formación

2. Tipología concreta de centro: Privada

3. Modalidad de la actividad: Online

4. Número medio de participantes inscritos por curso:

5. Duración de la actividad: 210 horas

6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:

7. Certificación o titulación expedida:

- Titulación de Experto en Atención a Niños con Hiperactividad (TDAH) para Maestros de Pedagogía Terapéutica con 100 horas expedida por Euroinnova Business School y Avalada por la Escuela Superior de Cualificaciones Profesionales

- Certificación Universitaria de Atención Psicoeducativa para Niños con Hiperactividad (TDHA) por la UNIVERSIDAD ANTONIO DE NEBRIJA con 4 Créditos Universitarios ECTS con 110 horas

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación

(Propio/Homologado): Euroinnova Business School y Universidad Antonio de Nebrija

9. Destinatarios de la acción formativa: Maestros de Pedagogía Terapéutica (Curso Homologado y Baremable en Oposiciones de Magisterio de Pedagogía Terapéutica + 4 Créditos ECTS) está dirigido a profesionales de la Educación interesados en una Formación de Calidad que les permita hacer frente a la realidad cambiante de las aulas y a las nuevas competencias que se requieren para el ejercicio de su profesión. Además es interesante para profesionales en pedagogía, psicología y ciencias de la educación. Personas de otras áreas profesionales interesados en el campo de la Pedagogía Terapéutica.

10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):

- Conocer los aspectos básicos y lo más importantes sobre la Hiperactividad (TDHA).
- Aprender a intervenir de manera psicoeducativa a un niño con hiperactividad.
- Saber actuar ante situaciones con niños con hiperactividad (TDHA).
- Conocer la evolución de la educación especial en las últimas décadas.
- Aprender los diferentes conceptos de necesidades que han ido surgiendo a lo largo de la época y saber diferenciarlos.
- Saber el proceso de identificación y valoración de las necesidades educativas.
- Orientar en el proceso educativo tanto a los alumnos, como a sus padres, familiares y otros profesionales.

11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

MÓDULO 1. ATENCIÓN A NIÑOS CON HIPERACTIVIDAD

U.D.1. TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Introducción al Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

Naturaleza del trastorno

Factores intervinientes

- 3.1.- Factores genéticos
- 3.2.- Factores neuroquímicos
- 3.3.- Factores ambientales
- 3.4.- Factores psicosociales

Síntomas del trastorno de hiperactividad en menores

- 4.1.- Síntomas de inatención

4.2.- Síntomas de hiperactividad

4.3.- Síntomas de impulsividad

Manifestaciones clínicas

U.D.2. INTRODUCCIÓN AL DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DEL TDAH

Introducción al diagnóstico y la evaluación de la hiperactividad en niños

Modelos cognitivos del TDAH

2.1.- Modelos cognitivos de déficit único

2.2.- Modelos cognitivos duales o de déficit múltiple

Factores de riesgo TDAH

3.1.- Componentes genéticos

3.2.- Componentes no genéticos

3.3.- Otros factores

Disfunciones neuropsicológicas del TDAH

Introducción al diagnóstico clínico

U.D.3. DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DEL TDAH

Indicadores de TDAH en niños

1.1.- Ámbito familiar

1.2.- Ámbito escolar

Diagnóstico según DSM-V

2.1.- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

2.2.- Otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado

2.3.- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado

Pasos a seguir en la evaluación del trastorno

3.1.- Historia clínica

3.2.- Observación directa

3.3.- Evaluación Psicológica

Pruebas e instrumentos para el diagnóstico y evaluación

4.1.- EDAH. Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

4.2.- SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes

4.3.- DiViSA, Test de Discriminación Visual Simple de Árboles

4.4.- BASC. Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes

4.5.- AULA PACK CLINIC

4.6.- BRIEF

4.7.- BRIEF-P. Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva - Versión Infantil

4.8.- AGL, Atención Global-Local

4.9.- Otras escalas y pruebas complementarias

Patologías asociadas al TDAH

U.D.4. TRATAMIENTO DE TDAH

Tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Tratamiento farmacológico

Terapia conductual

Terapia cognitivo-conductual

Atención temprana de TDAH

Principales consecuencias del TDAH en niños

6.1.- Ámbito familiar

6.2.- Ámbito escolar

U.D.5. ATENCIÓN PSICOEDUCATIVA INTEGRAL EN NIÑOS CON TDAH

La atención psicoeducativa integral en niños con TDAH

Indicadores de TDAH en el aula

Escuela inclusiva

Pautas generales de intervención en el aula

Recursos para docentes y padres de niños/as con TDAH

5.1.- Asociaciones TDAH

U.D.6. DIFICULTADES ASOCIADAS AL TDAH

Dificultades asociadas al trastorno de hiperactividad

1.1.- Dificultades académicas

1.2.- Desarrollo motriz

1.3.- Habla y lenguaje

1.4.- Accidentes

1.5.- Problemas conductuales y emocionales

Dificultades de aprendizaje en niños con TDAH

2.1.- Lectura

2.2.- Escritura

2.3.- Matemáticas

U.D.7. ADAPTACIONES CURRICULARES PARA NIÑOS CON TDAH

Adaptaciones curriculares para niños con TDAH

Adaptaciones curriculares significativas

Adaptaciones curriculares no significativas

3.1.- Adaptaciones metodológicas

3.2.- Adaptaciones ambientales

3.3.- Adaptaciones organizativas

Técnicas de estudio

4.1.- Lectura general del texto

4.2.- Lectura comprensiva

4.3.- Resumen de las ideas principales

4.4.- Realizar un esquema sencillo

4.5.- Memorización y retención de las ideas importantes

U.D.8. INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN NIÑOS CON TDAH

La intervención psicoeducativa en el aula

Objetivos de la intervención psicoeducativa

Técnicas de modificación de conducta

3.1.- Técnicas para aumentar la conducta deseada

3.2.- Técnicas para disminuir la conducta

U.D.9. ESTRATEGIAS EDUCATIVAS PARA NIÑOS CON TDAH

Introducción a las estrategias educativas para niños con TDAH

Fortalecer la autoestima

Comunicación efectiva

3.1.- Entrenamiento asertivo

3.2.- Estrategias para mejorar la comunicación afectiva

Comportamiento apropiado

4.1.- Estrategia para conseguir la conducta apropiada

4.2.- Fomentar la interacción social

Autocontrol

5.1.- Técnica de la tortuga

5.2.- Técnica de autoinstrucciones

Impulsividad

6.1.- Estrategias para controlar la impulsividad

U.D.10. ORIENTACIONES PARA PADRES

Consideraciones generales en la orientación para padres con niños con TDAH

1.1.- Entrevistas familiares

Técnicas de modificación de conducta en casa. Premios y castigos

2.1.- Técnica economía de fichas

Pautas generales de actuación de padres con niños con TDAH. Normas de conducta

3.1.- Actividades a evitar

Pautas generales de actuación para niños

Fichas de evaluación y seguimiento para padres

MÓDULO 2. PEDAGOGÍA TERAPÉUTICA

U.D.1. LA EVOLUCIÓN DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL

Introducción

Evolución de la Educación Especial

U.D.2. LA EDUCACIÓN ESPECIAL. CONCEPTO DE NECESIDADES ESPECÍFICAS DE APOYO EDUCATIVO

El Concepto de Necesidades Específicas de Apoyo Educativo

La importancia de la Escuela Inclusiva

Principios Generales de Intervención Educativa en Alumnos con Necesidades Específicas

U.D.3. PROCESO DE IDENTIFICACIÓN Y VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES

Introducción

Evaluación Psicopedagógica

Decisiones de Escolarización

U.D.4. LA RESPUESTA EDUCATIVA EN LOS ALUMNOS CON NECESIDADES

Introducción

Modalidades de Escolarización

Las Adaptaciones Curriculares

U.D.5. LA ORIENTACIÓN EN EL PROCESO EDUCATIVO DE LOS ALUMNOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS

La Orientación Educativa

Planificación Educativa

Estructura y Funciones de la Orientación Educativa

Actuaciones de Orientación Específicas con Alumnado con Necesidades Educativas Especiales

U.D.6. LOS RECURSOS MATERIALES Y PERSONALES PARA LA ATENCIÓN DE LOS ALUMNOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS

Introducción

Recursos Materiales

Los Recursos Personales

Medidas Concretas para la Atención a la Diversidad

Nuevas Tecnologías aplicadas a la Educación Especial

U.D.7. LA PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN LA EDUCACIÓN DE LOS ALUMNOS

Introducción

La Participación de la Familia en la Educación de los alumnos y las alumnas con necesidades educativas especiales

Cauces de participación

El Papel de los Padres en la Toma de Decisiones respecto al proceso de escolarización de estos alumnos/as

U.D.8. LAS NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES

Alumnos y alumnas con Deficiencia Auditiva

Alumnos y alumnas con Deficiencia Visual

Alumnos y alumnas con Deficiencia Motora

Alumnos y alumnas con Deficiencia Mental

Alumnos y alumnas con Autismo o con otras Alteraciones Graves de la Personalidad

U.D.9. CRITERIOS PARA LA ELABORACIÓN DE ADAPTACIONES CURRICULARES

Criterios para la Elaboración de Adaptaciones Curriculares en Alumnos/as con Déficit Auditivo y Orientaciones Metodológicas

Criterios para la Elaboración de Adaptaciones Curriculares en Alumnos/as con Deficiencia Visual y Orientaciones Metodológicas.

Criterios para la Elaboración de Adaptaciones Curriculares en Alumnos/as con Deficiencia Motora y Orientaciones Metodológicas.

Criterios para la Elaboración de Adaptaciones Curriculares en Alumnos/as con Deficiencia Mental o Intelectual y Orientaciones Metodológicas

Criterios para la Elaboración de Adaptaciones Curriculares en Alumnos con Trastornos Generales del Desarrollo y Orientaciones Metodológicas

U.D.10. ALUMNOS/AS CON ALTAS CAPACIDADES INTELECTUALES

Alumnos y alumnas con Altas Capacidades Intelectuales

Características asociadas a Superdotación Intelectual

Perfiles de Niños de Altas Capacidades Intelectuales

36 EUROINNOVA

EUROINNOVA FORMACIÓN

CURSO UNIVERSITARIO DE ATENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA NIÑOS CON HIPERACTIVIDAD (TDHA) (Curso Homologado y Baremable en Oposiciones de la Administración Pública + 4 Créditos ECTS)

<https://www.euroinnova.edu.es/Curso-Universitario-Atencion-Psicoeducativa-Hiperactividad>

<file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Curso-Universitario-Atencion-Psicoeducativa-Hiperactividad.pdf>

1. Tipología general del centro: Centro de Formación

2. Tipología concreta de centro: Privada

3. Modalidad de la actividad: Online

4. Número medio de participantes inscritos por curso:

5. Duración de la actividad: 110 horas

6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:

7. Certificación o titulación expedida:

Certificación Universitaria de Atención Psicoeducativa para Niños con Hiperactividad (TDHA) por la UNIVERSIDAD ANTONIO DE NEBRIJA con 4 Créditos Universitarios ECTS

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado): Euroinnova Business School y Universidad Antonio de Nebrija

9. Destinatarios de la acción formativa: Maestros de Educación Infantil, Educación Primaria, Profesores de Enseñanza Secundaria, Psicólogos, Pedagogos, Psicopedagogos, etc. y, en

general, cualquier Titulado Universitario interesado en desempeñar su labor profesional en el ámbito docente. Profesionales de la Educación interesados en una Formación de Calidad que les permita hacer frente a la realidad cambiante de las aulas y a las nuevas competencias que se requieren para el ejercicio de su profesión. También para aquellas personas que quieran conseguir una TITULACIÓN UNIVERSITARIA HOMOLOGADA.

10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):

- Conocer los aspectos básicos y lo más importantes sobre la Hiperactividad (TDHA).
- Aprender a intervenir de manera psicoeducativa a un niño con hiperactividad.
- Saber actuar ante situaciones con niños con hiperactividad (TDHA).

11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

U.D.1. TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Introducción al Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

Naturaleza del trastorno

Factores intervinientes

- Factores genéticos
- Factores neuroquímicos
- Factores ambientales
- Factores psicosociales

Síntomas del trastorno de hiperactividad en menores

- Síntomas de inatención
- Síntomas de hiperactividad
- Síntomas de impulsividad

Manifestaciones clínicas

U.D.2. INTRODUCCIÓN AL DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DEL TDAH

Introducción al diagnóstico y la evaluación de la hiperactividad en niños

Modelos cognitivos del TDAH

- Modelos cognitivos de déficit único
- Modelos cognitivos duales o de déficit múltiple

Factores de riesgo TDAH

- Componentes genéticos
- Componentes no genéticos

- Otros factores

Disfunciones neuropsicológicas del TDAH

Introducción al diagnóstico clínico

U.D.3. DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DEL TDAH

Indicadores de TDAH en niños

- Ámbito familiar
- Ámbito escolar

Diagnóstico según DSM-V

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
- Otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado

Pasos a seguir en la evaluación del trastorno

- Historia clínica
- Observación directa
- Evaluación Psicológica

Pruebas e instrumentos para el diagnóstico y evaluación

- EDAH. Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad
- SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes
- DiViSA, Test de Discriminación Visual Simple de Árboles
- BASC. Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes
- AULA PACK CLINIC
- BRIEF
- BRIEF-P. Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva - Versión Infantil
- AGL, Atención Global-Local
- Otras escalas y pruebas complementarias

Patologías asociadas al TDAH

U.D.4. TRATAMIENTO DE TDAH

Tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Tratamiento farmacológico

Terapia conductual

Terapia cognitivo-conductual

Atención temprana de TDAH

Principales consecuencias del TDAH en niños

- Ámbito familiar
- Ámbito escolar

U.D.5. ATENCIÓN PSICOEDUCATIVA INTEGRAL EN NIÑOS CON TDAH

La atención psicoeducativa integral en niños con TDAH

Indicadores de TDAH en el aula

Escuela inclusiva

Pautas generales de intervención en el aula

Recursos para docentes y padres de niños/as con TDAH

- Asociaciones TDAH

U.D.6. DIFICULTADES ASOCIADAS AL TDAH

Dificultades asociadas al trastorno de hiperactividad

- Dificultades académicas
- Desarrollo motriz
- Habla y lenguaje
- Accidentes
- Problemas conductuales y emocionales

Dificultades de aprendizaje en niños con TDAH

- Lectura
- Escritura
- Matemáticas

U.D.7. ADAPTACIONES CURRICULARES PARA NIÑOS CON TDAH

Adaptaciones curriculares para niños con TDAH

Adaptaciones curriculares significativas

Adaptaciones curriculares no significativas

- Adaptaciones metodológicas
- Adaptaciones ambientales
- Adaptaciones organizativas

Técnicas de estudio

- Lectura general del texto
- Lectura comprensiva
- Resumen de las ideas principales
- Realizar un esquema sencillo
- Memorización y retención de las ideas importantes

U.D.8. INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN NIÑOS CON TDAH

La intervención psicoeducativa en el aula

Objetivos de la intervención psicoeducativa

Técnicas de modificación de conducta

- Técnicas para aumentar la conducta deseada
- Técnicas para disminuir la conducta

U.D.9. ESTRATEGIAS EDUCATIVAS PARA NIÑOS CON TDAH

Introducción a las estrategias educativas para niños con TDAH

Fortalecer la autoestima

Comunicación efectiva

- Entrenamiento asertivo
- Estrategias para mejorar la comunicación afectiva

Comportamiento apropiado

- Estrategia para conseguir la conducta apropiada
- Fomentar la interacción social

Autocontrol

- Técnica de la tortuga
- Técnica de autoinstrucciones

Impulsividad

- Estrategias para controlar la impulsividad

U.D.10. ORIENTACIONES PARA PADRES

Consideraciones generales en la orientación para padres con niños con TDAH

- Entrevistas familiares

Técnicas de modificación de conducta en casa. Premios y castigos

- Técnica economía de fichas

Pautas generales de actuación de padres con niños con TDAH. Normas de conducta

- Actividades a evitar

Pautas generales de actuación para niños

Fichas de evaluación y seguimiento para padres

37 EUROINNOVA

EUROINNOVA FORMACIÓN

EXPERTO PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA DE LA ATENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA NIÑOS CON HIPERACTIVIDAD (TDHA) (Doble Titulación + 4 Créditos ECTS)

<https://www.euroinnova.edu.es/Psicologia-Atencion-Psicoeducativa-Ninos-Hiperactividad-Tdha>

<file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Psicologia-Atencion-Psicoeducativa-Ninos-Hiperactividad-Tdha.pdf>

1. Tipología general del centro: Centro de Formación

2. Tipología concreta de centro: Privada

3. Modalidad de la actividad: Online

4. Número medio de participantes inscritos por curso:

5. Duración de la actividad: 260 horas

6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:

7. Certificación o titulación expedida:

- Titulación de Experto Profesional en Psicología de la Atención expedida por Euroinnova Business School y Avalada por la Escuela Superior de Cualificaciones Profesionales

- Certificación Universitaria de Atención Psicoeducativa para Niños con Hiperactividad (TDHA) por la UNIVERSIDAD ANTONIO DE NEBRIJA con 4 Créditos Universitarios ECTS

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado): Euroinnova Business School y Universidad Antonio de Nebrija

9. Destinatarios de la acción formativa: Todos aquellos profesionales o no profesionales interesados en el ámbito de la psicología que quieran adquirir conocimientos sobre la psicología de la atención y los estudios de atención psicológica. Además es interesante para cualquier Titulado Universitario interesado en desempeñar su labor profesional en el ámbito docente.

10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):

- Aprender las definiciones y los conceptos de la atención psicológica.

- Practicar los métodos y técnicas de estudio en la atención psicológica.
- Entender las características de la atención selectiva, dividida y sostenida.
- Conocer las diferencias de atención tanto individuales como de grupo.
- Reflexionar sobre diversas causas de acuerdo al sistema y algunos problemas de concepto de atención.
- Conocer los aspectos básicos y lo más importantes sobre la Hiperactividad (TDHA).
- Aprender a intervenir de manera psicoeducativa a un niño con hiperactividad.
- Saber actuar ante situaciones con niños con hiperactividad (TDHA).

11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

MÓDULO 1. PSICOLOGÍA DE LA ATENCIÓN

U.D.1. DEFINICIÓN Y CONCEPTO.

Introducción.

Definición y concepto.

- 2.1.- Definición de atención.
- 2.2.- El lugar de la atención en el sistema cognitivo: su relación con otros procesos cognitivos.
- 2.3.- El proceso atencional. Un ejemplo típico: la respuesta de orientación (RO).
- 2.4.- Características de la atención.

Manifestaciones de la atención.

- 3.1.- Actividad fisiológica.
- 3.2.- Actividad motora.
- 3.3.- Actividad cognitiva.
- 3.4.- Experiencia subjetiva.
- 3.5.- Consideraciones últimas.

Factores determinantes de la atención.

- 4.1.- Características físicas de los objetos.
- 4.2.- El nivel de activación fisiológica.
- 4.3.- Intereses y expectativas.
- 4.4.- Estados transitorios.

Tipos de atención.

U.D.2. MÉTODOS Y TÉCNICAS DE ESTUDIO DE LA ATENCIÓN.

Introducción.

Medidas de evaluación de la atención.

- 2.1.- Medidas de la actividad psicológica.
- 2.2.- Medidas de la conducta motora.
- 2.3.- Medidas de la actividad cognitiva.

La técnica de escucha dicótica.

- 3.1.- La técnica de sombreado.
- 3.2.- Amplitud de memoria dividida.

Paradigma de búsqueda visual.

El paradigma de costes y beneficios.

- 5.1.- El paradigma de priming.
- 5.2.- El paradigma de costes y beneficios.

El paradigma de Stroop.

Tareas de vigilancia.

Otros paradigmas experimentales.

- 8.1.- Visión dicótica.
- 8.2.- Visión parafoveal.
- 8.3.- La técnica de la señal de stop.
- 8.4.- Tareas de ejecución continua.

U.D.3. MODELOS TEÓRICOS Y PERSPECTIVA HISTÓRICA EN EL ESTUDIO DE LA ATENCIÓN.

Introducción.

Primer mentalismo.

La Psicología de la primera mitad del siglo XX.

El nuevo mentalismo de la Psicología cognitiva.

Los modelos de filtro.

- 5.1.- El modelo de Broadbent.
- 5.2.- Críticas al modelo de Broadbent.
- 5.3.- Críticas a los modelos de filtro.

Los modelos de recursos atencionales.

6.1.- El modelo de Kahneman.

6.2.- Críticas al modelo de Kahneman.

Los modelos de control atencional.

Aportaciones recientes de las neurociencias y del conexionismo.

U.D.4. ATENCIÓN SELECTIVA.

Introducción.

Definición y concepto.

2.1.- Dimensiones de la atención selectiva.

Ámbitos de investigación.

El lugar de la selección.

Atención espacial.

5.1.- Naturaleza del foco atencional. Modelos explicativos.

5.2.- La importancia de los indicios espaciales.

5.3.- El desplazamiento de la atención en el espacio visual.

Atención y percepción de objetos.

6.1.- El modelo de Neisser.

6.2.- La teoría de la integración no atendida.

Mecanismo de interferencia e inhibitorios de la atención selectiva.

7.1.- El papel de los estímulos distractores.

7.2.- Mecanismo inhibitorio para el control motor y cognitivo.

U.D.5. ATENCIÓN DIVIDIDA.

Introducción.

Definición y concepto.

Líneas de investigación.

El fenómeno de interferencia.

4.1.- Modelos teóricos.

4.2.- Consideraciones últimas.

La doble tarea.

5.1.- El tema de la asignación de recursos.

El papel de la práctica.

6.1.- Modelo de destrezas adquiridas de Neisser.

6.2.- Modelos de automaticidad.

U.D.6. ATENCIÓN SOSTENIDA.

Introducción.

Definición y concepto.

2.1.- Atención sostenida, alerta y vigilancia: precisiones terminológicas.

2.2.- Aspectos intensivos de la atención sostenida: fluctuaciones de atención y atención sostenida.

Desarrollo histórico de los estudios de vigilancia.

Factores determinantes en las tareas de vigilancia.

4.1.- Característica psicofísicas de las señales críticas.

4.2.- Presencia de un fondo de ruido.

4.3.- Ritmo de acontecimientos de fondo.

4.4.- Complejidad de la tarea.

4.5.- Conocimiento de los resultados del rendimiento.

4.6.- Pérdida de sueño.

4.7.- Estrés y vigilancia.

4.8.- Consideraciones últimas.

Teorías de la vigilancia.

5.1.- Teoría de la activación.

5.2.- La teoría de la detección de señales.

5.3.- La teoría de la expectativa.

5.4.- La teoría de la habituación.

5.5.- Otras teorías.

5.6.- Consideraciones últimas.

U.D.7. OTRAS DIMENSIONES EN EL ESTUDIO DE LA ATENCIÓN.

Introducción.

Determinantes biológicos de la atención.

8.1.- Atención, despertar, vigilia, y alerta.

La respuesta de orientación.

9.1.- Atención selectiva.

Determinantes evolutivos de la atención.

10.1.- Desarrollo evolutivo de la atención.

10.2.- Hipótesis explicativas sobre el desarrollo atencional.

Disfunciones atencionales.

El papel de las diferencias individuales y de grupo.

12.1.- Diferencias sexuales y atención.

12.2.- Diferencias de edad y atención.

12.3.- Diferencias atencionales e inteligencia.

12.4.- Diferencias atencionales y personalidad.

12.5.- Diferencias atencionales y estilos cognitivos.

U.D.8. ATENCIÓN E INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS.

Introducción.

Áreas de intervención psicología.

2.1.- El ámbito de la salud.

2.2.- El ámbito escolar.

Atención e intervención psicológica.

3.1.- Atención y evaluación psicológica.

3.2.- Atención y entretenimiento de habilidades atencionales.

3.3.- Entrenamiento en técnicas distractivas.

3.4.- Técnicas de modificación de conducta.

U.D.9. REFLEXIONES

Multiplicidad de definiciones y falta de acuerdo a la hora de sistematizar el concepto de atención.

Algunos problemas en torno a la naturaleza de la atención.

Consideraciones últimas.

MÓDULO 2. ATENCIÓN PSICIOEDUCATIVA PARA NIÑOS CON HIPERACTIVIDAD (TDHA)

U.D.1. TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Introducción al Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

Naturaleza del trastorno

Factores intervinientes

- 3.1.- Factores genéticos
- 3.2.- Factores neuroquímicos
- 3.3.- Factores ambientales
- 3.4.- Factores psicosociales

Síntomas del trastorno de hiperactividad en menores

- 4.1.- Síntomas de inatención
- 4.2.- Síntomas de hiperactividad
- 4.3.- Síntomas de impulsividad

Manifestaciones clínicas

U.D.2. INTRODUCCIÓN AL DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DEL TDAH

Introducción al diagnóstico y la evaluación de la hiperactividad en niños

Modelos cognitivos del TDAH

- 2.1.- Modelos cognitivos de déficit único
- 2.2.- Modelos cognitivos duales o de déficit múltiple

Factores de riesgo TDAH

- 3.1.- Componentes genéticos
- 3.2.- Componentes no genéticos
- 3.3.- Otros factores

Disfunciones neuropsicológicas del TDAH

Introducción al diagnóstico clínico

U.D.3. DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DEL TDAH

Indicadores de TDAH en niños

- 1.1.- Ámbito familiar
- 1.2.- Ámbito escolar

Diagnóstico según DSM-V

- 2.1.- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
- 2.2.- Otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado
- 2.3.- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado

Pasos a seguir en la evaluación del trastorno

- 3.1.- Historia clínica
- 3.2.- Observación directa
- 3.3.- Evaluación Psicológica

Pruebas e instrumentos para el diagnóstico y evaluación

- 4.1.- EDAH. Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad
- 4.2.- SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes
- 4.3.- DiViSA, Test de Discriminación Visual Simple de Árboles
- 4.4.- BASC. Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes
- 4.5.- AULA PACK CLINIC
- 4.6.- BRIEF
- 4.7.- BRIEF-P. Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva - Versión Infantil
- 4.8.- AGL, Atención Global-Local
- 4.9.- Otras escalas y pruebas complementarias

Patologías asociadas al TDAH

U.D.4. TRATAMIENTO DE TDAH

Tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Tratamiento farmacológico

Terapia conductual

Terapia cognitivo-conductual

Atención temprana de TDAH

Principales consecuencias del TDAH en niños

- 6.1.- Ámbito familiar
- 6.2.- Ámbito escolar

U.D.5. ATENCIÓN PSICOEDUCATIVA INTEGRAL EN NIÑOS CON TDAH

La atención psicoeducativa integral en niños con TDAH

Indicadores de TDAH en el aula

Escuela inclusiva

Pautas generales de intervención en el aula

Recursos para docentes y padres de niños/as con TDAH

5.1.- Asociaciones TDAH

U.D.6. DIFICULTADES ASOCIADAS AL TDAH

Dificultades asociadas al trastorno de hiperactividad

1.1.- Dificultades académicas

1.2.- Desarrollo motriz

1.3.- Habla y lenguaje

1.4.- Accidentes

1.5.- Problemas conductuales y emocionales

Dificultades de aprendizaje en niños con TDAH

2.1.- Lectura

2.2.- Escritura

2.3.- Matemáticas

U.D.7. ADAPTACIONES CURRICULARES PARA NIÑOS CON TDAH

Adaptaciones curriculares para niños con TDAH

Adaptaciones curriculares significativas

Adaptaciones curriculares no significativas

3.1.- Adaptaciones metodológicas

3.2.- Adaptaciones ambientales

3.3.- Adaptaciones organizativas

Técnicas de estudio

4.1.- Lectura general del texto

4.2.- Lectura comprensiva

4.3.- Resumen de las ideas principales

4.4.- Realizar un esquema sencillo

4.5.- Memorización y retención de las ideas importantes

U.D.8. INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN NIÑOS CON TDAH

La intervención psicoeducativa en el aula

Objetivos de la intervención psicoeducativa

Técnicas de modificación de conducta

3.1.- Técnicas para aumentar la conducta deseada

3.2.- Técnicas para disminuir la conducta

U.D.9. ESTRATEGIAS EDUCATIVAS PARA NIÑOS CON TDAH

Introducción a las estrategias educativas para niños con TDAH

Fortalecer la autoestima

Comunicación efectiva

3.1.- Entrenamiento asertivo

3.2.- Estrategias para mejorar la comunicación afectiva

Comportamiento apropiado

4.1.- Estrategia para conseguir la conducta apropiada

4.2.- Fomentar la interacción social

Autocontrol

5.1.- Técnica de la tortuga

5.2.- Técnica de autoinstrucciones

Impulsividad

6.1.- Estrategias para controlar la impulsividad

U.D.10. ORIENTACIONES PARA PADRES

Consideraciones generales en la orientación para padres con niños con TDAH

1.1.- Entrevistas familiares

Técnicas de modificación de conducta en casa. Premios y castigos

2.1.- Técnica economía de fichas

Pautas generales de actuación de padres con niños con TDAH. Normas de conducta

3.1.- Actividades a evitar

Pautas generales de actuación para niños

Fichas de evaluación y seguimiento para padres

38 EUROINNOVA

EUROINNOVA FORMACIÓN

EXPERTO TDAH

<https://www.euroinnova.edu.es/Experto-Trastorno-Deficit-Atencion-Hiperactividad>

file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Experto-Trastorno-Deficit-Atencion-Hiperactividad.pdf

1. Tipología general del centro: Centro de Formación

2. Tipología concreta de centro: Privada

3. Modalidad de la actividad: Online

4. Número medio de participantes inscritos por curso:

5. Duración de la actividad: 180 horas

6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:

7. Certificación o titulación expedida:

Título Propio del Instituto Europeo de Estudios Empresariales

(INESEM)

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado): Instituto Europeo de Estudios Empresariales (INESEM)

9. Destinatarios de la acción formativa: Titulados universitarios en la rama sanitaria, educación y ciencias sociales, padres y familiares de personas diagnosticadas o encaminadas a un posible diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, interesados en adquirir y profundizar en los conocimientos y herramientas de intervención en los diferentes ámbitos de actuación del trastorno. En general, en intervención en el aula, en sesiones individuales y en el ámbito familiar y en general a toda aquella persona interesada en profundizar en los conocimientos relacionados con el TDAH y su implicaciones en la infancia y la adolescencia.

10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):

- Conocer los conceptos básicos y terminología relacionada con este Trastorno para mejorar la adquisición de conocimientos.
- Diferenciar entre los mitos y realidades del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
- Conocer la relevancia de los cambios producidos durante las diferentes etapas de la vida y sus efectos en los ámbitos social, familiar y educativo.
- Conocer las principales herramientas de evaluación psicológica empleadas en el diagnóstico de TDAH.
- Implementar programas y estrategias de intervención en los diferentes ámbitos del niño y adolescente.

11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

MÓDULO 1. FUNDAMENTOS NEUROLÓGICOS Y BASES DEL TDAH

U.D.1. CONTEXTUALIZACIÓN Y DESARROLLO HISTÓRICO DEL TRASTORNO

Evolución histórica del TDAH

Mitos y realidad del TDAH

El TDAH en la actualidad

Criterios diagnósticos según DSM-V y CIE-10

U.D.2. ETIOLOGÍA DEL TDAH

Introducción a la etiología del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Factores etiológicos y su influencia en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Modelos neurocognitivos

U.D.3. FISIOLÓGÍA DEL TDAH

Áreas cerebrales involucradas en el TDAH

Las funciones ejecutivas

La memoria

La atención

U.D.4. PROBLEMAS ASOCIADOS AL TDAH

Trastornos del sueño y TDAH

Problemas de la conducta alimentaria y TDAH

Problemas afectivos y dificultades en las relaciones sociales en población TDAH

Ansiedad y depresión en población TDAH

U.D.5. TRASTORNOS ASOCIADOS AL TDAH: COMORBILIDAD I

Comorbilidad

Trastorno Negativista Desafiente y TDAH

Trastorno Disocial y TDAH

Trastornos por tics / síndrome de Tourette y TDAH

U.D.6. PROBLEMAS ASOCIADOS AL TDAH: COMORBILIDAD II

El trastorno bipolar en población TDAH

Trastornos de Espectro Autista (TEA) y TDAH

Trastornos del aprendizaje y TDAH

Trastorno por consumo de sustancias y TDAH

MÓDULO 2. EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TIPOS DE TRATAMIENTO EN EL TDAH

U.D.1. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DEL TDAH

Proceso de evaluación en TDAH

Áreas de evaluación

Instrumentos de evaluación más utilizados en TDAH

Fases del diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

U.D.2. TRATAMIENTO MULTIMODAL EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Tratamiento multidisciplinar en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Tratamiento farmacológico en TDAH

Intervención psicológica

Intervención psicopedagógica

Intervención familiar

U.D.3. EL TRATAMIENTO EN LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

El tratamiento en la modificación de conducta

Reforzamiento positivo

Reforzamiento negativo

Coste de la respuesta

Castigo

U.D.4. TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

Técnicas de instigación

Técnicas de modelado

Técnicas de extinción

Tiempo fuera

Sobrecorrección

Economía de fichas

Saciedad al estímulo

U.D.5. TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL

El tratamiento cognitivo conductual

El tratamiento cognitivo conductual en adultos con TDAH

El tratamiento cognitivo conductual en niños y adolescentes con TDAH

U.D.6. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento farmacológico en pacientes con TDAH

Fármacos psicoestimulantes

Comorbilidad y fármacos en TDAH

Efectos secundarios del uso de los psicoestimulantes

Contraindicaciones en el uso de psicoestimulantes

Interacciones de los psicoestimulantes

Protocolo para la utilización de psicoestimulantes

Tratamiento con no psicoestimulantes

39 EDUCA_BUSINESS

Mismas características que 38 EUROINNOVA

<http://educa.net/Experto-Trastorno-Deficit-Atencion-Hiperactividad>

40 EDUCA_BUSINESS

Mismas características que 33 EUROINNOVA

<http://educa.net/curso-psicologia-trastorno-deficit-atencion-hiperactividad>

41 EDUCA_BUSINESS

EDUCA BUSINESS SCHOOL

MÁSTER TDAH

<http://educa.net/Master-Trastorno-Deficit-Atencion-Hiperactividad>

<http://cdn.educa.net/PDFs/cursos/Master-Trastorno-Deficit-Atencion-Hiperactividad.pdf>

1. Tipología general del centro: Centro de Formación

2. Tipología concreta de centro: Privada

3. Modalidad de la actividad: Online

4. Número medio de participantes inscritos por curso:

5. Duración de la actividad: 600 horas

6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:

7. Certificación o titulación expedida:

Título Propio del Instituto Europeo de Estudios Empresariales (INESEM)

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación

(Propio/Homologado): Titulación Expedida por EDUCA BUSINESS SCHOOL como Escuela de Negocios Acreditada para la Impartición de Formación Superior de Postgrado, con Validez Profesional a Nivel Internacional

9. Destinatarios de la acción formativa: Personas interesadas en el mundo de la psicología o educación que quieran especializarse en la intervención de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Además está dirigido a profesionales que quieran seguir formándose en la materia y ampliar sus conocimientos.

10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):

- Conocer los aspectos básicos y lo más importantes sobre la Hiperactividad (TDHA).
- Aprender a intervenir de manera psicoeducativa a un niño con hiperactividad.
- Saber actuar ante situaciones con niños con hiperactividad (TDHA).
- Conocer las principales manifestaciones de la psicopatología infantil y los métodos de evaluación, diagnóstico y tratamiento que desde la psicología se utilizan para abordarlas.

11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa): (Aunque el temario es más amplio sólo se ha profundizado en las partes relacionadas con el TDAH)

PARTE 1. ATENCIÓN PSICIOEDUCATIVA PARA NIÑOS CON HIPERACTIVIDAD (TDHA)

U.D.1. TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Introducción al Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

Naturaleza del trastorno

Factores intervinientes

- 3.1.- Factores genéticos
- 3.2.- Factores neuroquímicos
- 3.3.- Factores ambientales
- 3.4.- Factores psicosociales

Síntomas del trastorno de hiperactividad en menores

- 4.1.- Síntomas de inatención
- 4.2.- Síntomas de hiperactividad
- 4.3.- Síntomas de impulsividad

Manifestaciones clínicas

U.D.2. INTRODUCCIÓN AL DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DEL TDAH

Introducción al diagnóstico y la evaluación de la hiperactividad en niños

Modelos cognitivos del TDAH

- 2.1.- Modelos cognitivos de déficit único
- 2.2.- Modelos cognitivos duales o de déficit múltiple

Factores de riesgo TDAH

- 3.1.- Componentes genéticos
- 3.2.- Componentes no genéticos
- 3.3.- Otros factores

Disfunciones neuropsicológicas del TDAH

Introducción al diagnóstico clínico

U.D.3. DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DEL TDAH

Indicadores de TDAH en niños

- 1.1.- Ámbito familiar
- 1.2.- Ámbito escolar

Diagnóstico según DSM-V

- 2.1.- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
- 2.2.- Otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado
- 2.3.- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado

Pasos a seguir en la evaluación del trastorno

- 3.1.- Historia clínica
- 3.2.- Observación directa
- 3.3.- Evaluación Psicológica

Pruebas e instrumentos para el diagnóstico y evaluación

- 4.1.- EDAH. Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad
- 4.2.- SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes
- 4.3.- DiViSA, Test de Discriminación Visual Simple de Árboles
- 4.4.- BASC. Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes
- 4.5.- AULA PACK CLINIC
- 4.6.- BRIEF
- 4.7.- BRIEF-P. Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva - Versión Infantil
- 4.8.- AGL, Atención Global-Local

4.9.- Otras escalas y pruebas complementarias

Patologías asociadas al TDAH

U.D.4. TRATAMIENTO DE TDAH

Tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Tratamiento farmacológico

Terapia conductual

Terapia cognitivo-conductual

Atención temprana de TDAH

Principales consecuencias del TDAH en niños

6.1.- Ámbito familiar

6.2.- Ámbito escolar

U.D.5. ATENCIÓN PSICOEDUCATIVA INTEGRAL EN NIÑOS CON TDAH

La atención psicoeducativa integral en niños con TDAH

Indicadores de TDAH en el aula

Escuela inclusiva

Pautas generales de intervención en el aula

Recursos para docentes y padres de niños/as con TDAH

5.1.- Asociaciones TDAH

U.D.6. DIFICULTADES ASOCIADAS AL TDAH

Dificultades asociadas al trastorno de hiperactividad

1.1.- Dificultades académicas

1.2.- Desarrollo motriz

1.3.- Habla y lenguaje

1.4.- Accidentes

1.5.- Problemas conductuales y emocionales

Dificultades de aprendizaje en niños con TDAH

2.1.- Lectura

2.2.- Escritura

2.3.- Matemáticas

U.D.7. ADAPTACIONES CURRICULARES PARA NIÑOS CON TDAH

Adaptaciones curriculares para niños con TDAH

Adaptaciones curriculares significativas

Adaptaciones curriculares no significativas

3.1.- Adaptaciones metodológicas

3.2.- Adaptaciones ambientales

3.3.- Adaptaciones organizativas

Técnicas de estudio

4.1.- Lectura general del texto

4.2.- Lectura comprensiva

4.3.- Resumen de las ideas principales

4.4.- Realizar un esquema sencillo

4.5.- Memorización y retención de las ideas importantes

U.D.8. INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN NIÑOS CON TDAH

La intervención psicoeducativa en el aula

Objetivos de la intervención psicoeducativa

Técnicas de modificación de conducta

3.1.- Técnicas para aumentar la conducta deseada

3.2.- Técnicas para disminuir la conducta

U.D.9. ESTRATEGIAS EDUCATIVAS PARA NIÑOS CON TDAH

Introducción a las estrategias educativas para niños con TDAH

Fortalecer la autoestima

Comunicación efectiva

3.1.- Entrenamiento asertivo

3.2.- Estrategias para mejorar la comunicación afectiva

Comportamiento apropiado

4.1.- Estrategia para conseguir la conducta apropiada

4.2.- Fomentar la interacción social

Autocontrol

5.1.- Técnica de la tortuga

5.2.- Técnica de autoinstrucciones

Impulsividad

6.1.- Estrategias para controlar la impulsividad

U.D.10. ORIENTACIONES PARA PADRES

Consideraciones generales en la orientación para padres con niños con TDAH

1.1.- Entrevistas familiares

Técnicas de modificación de conducta en casa. Premios y castigos

2.1.- Técnica economía de fichas

Pautas generales de actuación de padres con niños con TDAH. Normas de conducta

3.1.- Actividades a evitar

Pautas generales de actuación para niños

Fichas de evaluación y seguimiento para padres

PARTE 2. PSICOLOGÍA INFANTIL

U.D.1. INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA INFANTIL

U.D.2. DESARROLLO PRENATAL

U.D.3. EL NIÑO DE 0 A 15 MESES

U.D.4. EL NIÑO DE 1 A 3 AÑOS

U.D.5. EL NIÑO DE 3 A 6 AÑOS

U.D.6. EL NIÑO DE 6 A 9 AÑOS

U.D.7. EL NIÑO DE 9 A 12 AÑOS

U.D.8. PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTIL

U.D.9. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

U.D.10. PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

U.D.11. PSICOPATOLOGÍA INFANTIL II

U.D.12. INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN LA INFANCIA

PARTE 3. DESARROLLO COGNITIVO, SENSORIAL, MOTOR Y PSICOMOTOR EN LA INFANCIA

U.D.1. LA INFANCIA I

U.D.2. LA INFANCIA II

U.D.3. EL DESARROLLO COGNITIVO EN LA INFANCIA

U.D.4. DESARROLLO SENSORIAL INFANTIL

U.D.5. DESARROLLO PERCEPTIVO Y EDUCACIÓN SENSORIAL

U.D.6. EL DESARROLLO MOTOR EN LA INFANCIA

U.D.7. LA PSICOMOTRICIDAD INFANTIL

U.D.8. LA PSICOMOTRICIDAD INFANTIL II

U.D.9. INTEGRACIÓN EN LA ESCUELA. NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES I

U.D.10. INTEGRACIÓN EN LA ESCUELA. NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES II

U.D.11. TÉCNICAS PARA EL TRATAMIENTO PRÁCTICO DEL DESARROLLO COGNITIVO, SENSORIAL, MOTOR Y PSICOMOTOR

42 EDUCA_BUSINESS

Mismas características que 36 EUROINNOVA

<http://educa.net/curso-universitario-de-atencion-psicoeducativa-para-ninos-con-hiperactividad-tdha-curso-homologado-y-bareable-en-oposiciones-de-la-administracion-publica-4-credit-ects>

43 EDUCA_BUSINESS

Mismas características que 35 EUROINNOVA

<http://educa.net/experto-en-atencion-a-ninos-con-hiperactividad-tdah-para-maestros-de-pedagogia-terapeutica-curso-homologado-y-bareable-en-oposiciones-de-magisterio-de-pedagogia-terapeutica-4-credit-ects>

44 EDUCA_BUSINESS

Mismas características que 34 EUROINNOVA

<http://educa.net/postgrado-experto-en-tdah-trastornos-del-aprendizaje-y-de-la-conducta-titulacion-multiple-titulacion-homologada-y-bareable-12-credit-ects>

45 EDUCA_BUSINESS

EDUCA BUSINESS SCHOOL

POSTGRADO INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN NIÑOS CON HIPERACTIVIDAD (Triple Titulación + 8 ETCS)

<http://educa.net/postgrado-en-intervencion-psicoeducativa-en-ninos-con-hiperactividad-triple-titulacion-8-creditos-ects>

<http://cdn.educa.net/PDFs/cursos/Postgrado-Intervencion-Psicoeducativa-Hiperactividad.pdf>

1. Tipología general del centro: Centro de Formación

2. Tipología concreta de centro: Privada

3. Modalidad de la actividad: Online

4. Número medio de participantes inscritos por curso:

5. Duración de la actividad: 300 horas

6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:

7. Certificación o titulación expedida:

- Titulación de Postgrado en Intervención Psicoeducativa en Niños con Hiperactividad expedida por Euroinnova Business School y Avalada por la Escuela Superior de Cualificaciones Profesionales

- Certificación Universitaria de Atención Psicoeducativa para Niños con Hiperactividad (TDHA) por la Universidad Antonio de Nebrija con 4 Créditos Universitarios ECTS

- Certificación Universitaria en Desarrollo Cognitivo, Sensorial, Motor y Psicomotor en la Infancia por la Universidad Antonio de Nebrija con 4 Créditos Universitarios ECTS

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación

(Propio/Homologado): Euroinnova Business School y Avalada por la Escuela Superior de Cualificaciones Profesionales y Universidad Antonio de Nebrija.

9. Destinatarios de la acción formativa: Maestros de Educación Infantil, Educación Primaria, Profesores de Enseñanza Secundaria, Psicólogos, Pedagogos, Psicopedagogos, etc. y, en general, cualquier Titulado Universitario interesado en desempeñar su labor profesional en el ámbito docente. Profesionales de la Educación interesados en una Formación de Calidad que les permita hacer frente a la realidad cambiante de las aulas y a las nuevas competencias que se requieren para el ejercicio de su profesión. También para aquellas personas que quieran conseguir una TITULACIÓN UNIVERSITARIA HOMOLOGADA.

10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):

- Identificar las capacidades individuales de los niños y niñas, refiriéndolas a las etapas del desarrollo.

- Identificar y secuenciar aprendizajes favorecedores del desarrollo cognitivo, sensorial y motriz.

- Planificar la organización temporal de la institución verificando su adecuación a las características y momentos de los destinatarios.
- Analizar, elaborar y aplicar instrumentos y técnicas de evaluación que permitan su adaptación a diferentes edades y contextos.
- Definir y aplicar técnicas y procedimientos para valorar el aprendizaje de los niños y niñas, comprobando las capacidades desarrolladas y los logros obtenidos.
- Definir actuaciones específicas para niños y niñas con necesidades educativas especiales/específicas.
- Valorar la exploración de las cualidades sensoriales de los objetos como medio para favorecer el desarrollo infantil.
- Valorar la educación psicomotriz como necesidad de exploración del ser humano para lograr el conocimiento de sí mismo y de su entorno, y para situar la intervención educativa.
- Conocer los aspectos básicos y lo más importantes sobre la Hiperactividad (TDHA).
- Aprender a intervenir de manera psicoeducativa a un niño con hiperactividad.
- Saber actuar ante situaciones con niños con hiperactividad (TDHA).

11. Contenidos de la acción formativa (Describe los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa): (Aunque el temario es más amplio sólo se ha profundizado en las partes relacionadas con el TDAH)

MÓDULO 1. DESARROLLO COGNITIVO, SENSORIAL, MOTOR Y PSICOMOTOR EN LA INFANCIA

U.D.1. LA INFANCIA I

U.D.2. LA INFANCIA II

U.D.3. EL DESARROLLO COGNITIVO EN LA INFANCIA

U.D.4. DESARROLLO SENSORIAL INFANTIL

U.D.5. DESARROLLO PERCEPTIVO Y EDUCACIÓN SENSORIAL

U.D.6. EL DESARROLLO MOTOR EN LA INFANCIA

U.D. 7. LA PSICOMOTRICIDAD INFANTIL

U.D.8. LA PSICOMOTRICIDAD INFANTIL II

U.D.9. INTEGRACIÓN EN LA ESCUELA. NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES I

U.D.10. INTEGRACIÓN EN LA ESCUELA. NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES II

U.D.11. TÉCNICAS PARA EL TRATAMIENTO PRÁCTICO DEL DESARROLLO COGNITIVO, SENSORIAL, MOTOR Y PSICOMOTOR

MÓDULO 2. ATENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA NIÑOS CON HIPERACTIVIDAD (TDHA)

U.D.1. TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Introducción al Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

Naturaleza del trastorno

Factores intervinientes

- 3.1.- Factores genéticos
- 3.2.- Factores neuroquímicos
- 3.3.- Factores ambientales
- 3.4.- Factores psicosociales

Síntomas del trastorno de hiperactividad en menores

- 4.1.- Síntomas de inatención
- 4.2.- Síntomas de hiperactividad
- 4.3.- Síntomas de impulsividad

Manifestaciones clínicas

U.D.2. INTRODUCCIÓN AL DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DEL TDAH

Introducción al diagnóstico y la evaluación de la hiperactividad en niños

Modelos cognitivos del TDAH

- 2.1.- Modelos cognitivos de déficit único
- 2.2.- Modelos cognitivos duales o de déficit múltiple

Factores de riesgo TDAH

- 3.1.- Componentes genéticos
- 3.2.- Componentes no genéticos
- 3.3.- Otros factores

Disfunciones neuropsicológicas del TDAH

Introducción al diagnóstico clínico

U.D.3. DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DEL TDAH

Indicadores de TDAH en niños

- 1.1.- Ámbito familiar
- 1.2.- Ámbito escolar

Diagnóstico según DSM-V

- 2.1.- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
- 2.2.- Otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado

2.3.- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado

Pasos a seguir en la evaluación del trastorno

3.1.- Historia clínica

3.2.- Observación directa

3.3.- Evaluación Psicológica

Pruebas e instrumentos para el diagnóstico y evaluación

4.1.- EDAH. Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

4.2.- SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes

4.3.- DiViSA, Test de Discriminación Visual Simple de Árboles

4.4.- BASC. Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes

4.5.- AULA PACK CLINIC

4.6.- BRIEF

4.7.- BRIEF-P. Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva - Versión Infantil

4.8.- AGL, Atención Global-Local

4.9.- Otras escalas y pruebas complementarias

Patologías asociadas al TDAH

U.D.4. TRATAMIENTO DE TDAH

Tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Tratamiento farmacológico

Terapia conductual

Terapia cognitivo-conductual

Atención temprana de TDAH

Principales consecuencias del TDAH en niños

6.1.- Ámbito familiar

6.2.- Ámbito escolar

U.D.5. ATENCIÓN PSICOEDUCATIVA INTEGRAL EN NIÑOS CON TDAH

La atención psicoeducativa integral en niños con TDAH

Indicadores de TDAH en el aula

Escuela inclusiva

Pautas generales de intervención en el aula

Recursos para docentes y padres de niños/as con TDAH

5.1.- Asociaciones TDAH

U.D.6. DIFICULTADES ASOCIADAS AL TDAH

Dificultades asociadas al trastorno de hiperactividad

1.1.- Dificultades académicas

1.2.- Desarrollo motriz

1.3.- Habla y lenguaje

1.4.- Accidentes

1.5.- Problemas conductuales y emocionales

Dificultades de aprendizaje en niños con TDAH

2.1.- Lectura

2.2.- Escritura

2.3.- Matemáticas

U.D.7. ADAPTACIONES CURRICULARES PARA NIÑOS CON TDAH

Adaptaciones curriculares para niños con TDAH

Adaptaciones curriculares significativas

Adaptaciones curriculares no significativas

3.1.- Adaptaciones metodológicas

3.2.- Adaptaciones ambientales

3.3.- Adaptaciones organizativas

Técnicas de estudio

4.1.- Lectura general del texto

4.2.- Lectura comprensiva

4.3.- Resumen de las ideas principales

4.4.- Realizar un esquema sencillo

4.5.- Memorización y retención de las ideas importantes

U.D.8. INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN NIÑOS CON TDAH

La intervención psicoeducativa en el aula

Objetivos de la intervención psicoeducativa

Técnicas de modificación de conducta

3.1.- Técnicas para aumentar la conducta deseada

3.2.- Técnicas para disminuir la conducta

U.D.9. ESTRATEGIAS EDUCATIVAS PARA NIÑOS CON TDAH

Introducción a las estrategias educativas para niños con TDAH

Fortalecer la autoestima

Comunicación efectiva

3.1.- Entrenamiento asertivo

3.2.- Estrategias para mejorar la comunicación afectiva

Comportamiento apropiado

4.1.- Estrategia para conseguir la conducta apropiada

4.2.- Fomentar la interacción social

Autocontrol

5.1.- Técnica de la tortuga

5.2.- Técnica de autoinstrucciones

Impulsividad

6.1.- Estrategias para controlar la impulsividad

U.D.10. ORIENTACIONES PARA PADRES

Consideraciones generales en la orientación para padres con niños con TDAH

1.1.- Entrevistas familiares

Técnicas de modificación de conducta en casa. Premios y castigos

2.1.- Técnica economía de fichas

Pautas generales de actuación de padres con niños con TDAH. Normas de conducta

3.1.- Actividades a evitar

Pautas generales de actuación para niños

Fichas de evaluación y seguimiento para padres

46 EDUCA_BUSINESS

Mismas características que 31 EUROINNOVA

<http://educa.net/Master-Hiperactividad-Deficit-Atencion-Tdah>

47 EDUCA_BUSINESS

Mismas características que 37 EUROINNOVA

<http://educa.net/psicologia-atencion-psicoeducativa-ninos-hiperactividad-tdha>

48 EDUCA_BUSINESS

EDUCA BUSINESS SCHOOL

PERITO JUDICIAL EN HIPERACTIVIDAD INFANTIL (TDHA) (Doble titulación + 4 ECTS) (Titulación Oficial)

<http://educa.net/perito-judicial-en-hiperactividad-infantil-tdha-doble-titulacion-4-creditos-ects-titulacion-oficial>

<http://cdn.educa.net/PDFs/cursos/Perito-Judicial-Hiperactividad-Infantil.pdf>

1. Tipología general del centro: Centro de Formación

2. Tipología concreta de centro: Privada

3. Modalidad de la actividad: Online

4. Número medio de participantes inscritos por curso:

5. Duración de la actividad: 410 horas

6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:

7. Certificación o titulación expedida:

- Titulación Oficial de Perito Judicial en Hiperactividad Infantil (TDHA) con 300 horas Expedida por EUROINNOVA BUSINESS SCHOOL, y Avalada por la Asociación Profesional Colegial de Peritos Judiciales del Reino de España, siendo una titulación oficial que acredita para ejercer en los Juzgados y Tribunales, de conformidad con lo establecido en los artículos 340 y 341 de la LEC y la Instrucción 5/2001 de 19 de Diciembre del Consejo General del Poder Judicial, y el Acuerdo del Pleno del Consejo General del Poder Judicial de 28 de diciembre de 2010 sobre la remisión y validez de las listas de Peritos Judiciales remitidas a los Juzgados y Tribunales por las Asociaciones y Colegios Profesionales, publicado en el BOE nº. 279 de 18 de noviembre de 2010, permitiendo a todos los alumnos de EUROINNOVA BUSINESS SCHOOL la inclusión como Asociado Profesional en ASPEJURE

- Asociación Profesional Colegial de Peritos Judiciales del Reino de España.

- Certificación Universitaria de Atención Psicoeducativa para Niños con Hiperactividad (TDHA) por la Universidad Antonio de Nebrija con 4 Créditos Universitarios ECTS

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado): Euroinnova Business School y Avalada por la Escuela Superior de Cualificaciones Profesionales y Universidad Antonio de Nebrija.

9. Destinatarios de la acción formativa: titulados universitarios, psicólogos, psicopedagogos, pedagogos, maestros titulados, o cualquier persona que desee obtener los conocimientos

necesarios para poder intervenir como perito en juzgados, tribunales de justicia, sobre todo en los ámbitos penal y civil y demás.

10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):

- Conocer las funciones, procedimientos, técnicas e instrumentos de la Peritación judicial
- Conocer los diferentes tipos de Peritaje que podemos encontrarnos
- Interpretar el sistema de mediación y la importancia de éste en la implicación de los afectados
- Conocer los aspectos básicos y lo más importantes sobre la Hiperactividad (TDHA).
- Aprender a intervenir de manera psicoeducativa a un niño con hiperactividad.
- Saber actuar ante situaciones con niños con hiperactividad (TDHA).

11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

MÓDULO 1. PERITO JUDICIAL

U.D.1. PERITACIÓN Y TASACIÓN

Delimitación de los términos peritaje y tasación

La peritación

La tasación pericial

U.D.2. NORMATIVA BÁSICA NACIONAL

Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial

Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil

Ley de Enjuiciamiento Criminal, de 1882

Ley 1/1996, de 10 de enero, de Asistencia Jurídica Gratuita

U.D.3. LAS PRUEBAS JUDICIALES Y EXTRAJUDICIALES

Concepto de prueba

Medios de prueba

Clases de pruebas

Principales ámbitos de actuación

Momento en que se solicita la prueba pericial

Práctica de la prueba

U.D.4. LOS PERITOS

Concepto

Clases de perito judicial

Procedimiento para la designación de peritos

Condiciones que debe reunir un perito

Control de la imparcialidad de peritos

Honorarios de los peritos

U.D.5. EL RECONOCIMIENTO PERICIAL

El reconocimiento pericial

El examen pericial

Los dictámenes e informes periciales judiciales

Valoración de la prueba pericial

Actuación de los peritos en el juicio o vista

U.D.6. LEGISLACIÓN REFERENTE A LA PRÁCTICA DE LA PROFESIÓN EN LOS TRIBUNALES

Funcionamiento y legislación

El código deontológico del Perito Judicial

U.D.7. LA RESPONSABILIDAD

La responsabilidad

Distintos tipos de responsabilidad

El seguro de responsabilidad civil

U.D.8. ELABORACIÓN DEL DICTAMEN PERICIAL

Características generales y estructura básica

Las exigencias del dictamen pericial

Orientaciones para la presentación del dictamen pericial

U.D.9. VALORACIÓN DE LA PRUEBA PERICIAL

Valoración de la prueba judicial

Valoración de la prueba pericial por Jueces y Tribunales

U.D.10. PERITACIONES

La peritación médico-legal

Peritaciones psicológicas

Peritajes informáticos

Peritaciones inmobiliarias

MÓDULO 2. HIPERACTIVIDAD INFANTIL (TDHA)

U.D.1. TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Introducción al Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

Naturaleza del trastorno

Factores intervinientes

- 3.1.- Factores genéticos
- 3.2.- Factores neuroquímicos
- 3.3.- Factores ambientales
- 3.4.- Factores psicosociales

Síntomas del trastorno de hiperactividad en menores

- 4.1.- Síntomas de inatención
- 4.2.- Síntomas de hiperactividad
- 4.3.- Síntomas de impulsividad

Manifestaciones clínicas

U.D.2. INTRODUCCIÓN AL DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DEL TDAH

Introducción al diagnóstico y la evaluación de la hiperactividad en niños

Modelos cognitivos del TDAH

- 2.1.- Modelos cognitivos de déficit único
- 2.2.- Modelos cognitivos duales o de déficit múltiple

Factores de riesgo TDAH

- 3.1.- Componentes genéticos
- 3.2.- Componentes no genéticos
- 3.3.- Otros factores

Disfunciones neuropsicológicas del TDAH

Introducción al diagnóstico clínico

U.D.3. DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DEL TDAH

Indicadores de TDAH en niños

- 1.1.- Ámbito familiar
- 1.2.- Ámbito escolar

Diagnóstico según DSM-V

2.1.- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

2.2.- Otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado

2.3.- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado

Pasos a seguir en la evaluación del trastorno

3.1.- Historia clínica

3.2.- Observación directa

3.3.- Evaluación Psicológica

Pruebas e instrumentos para el diagnóstico y evaluación

4.1.- EDAH. Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

4.2.- SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes

4.3.- DiViSA, Test de Discriminación Visual Simple de Árboles

4.4.- BASC. Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes

4.5.- AULA PACK CLINIC

4.6.- BRIEF

4.7.- BRIEF-P. Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva - Versión Infantil

4.8.- AGL, Atención Global-Local

4.9.- Otras escalas y pruebas complementarias

Patologías asociadas al TDAH

U.D.4. TRATAMIENTO DE TDAH

Tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Tratamiento farmacológico

Terapia conductual

Terapia cognitivo-conductual

Atención temprana de TDAH

Principales consecuencias del TDAH en niños

6.1.- Ámbito familiar

6.2.- Ámbito escolar

U.D.5. ATENCIÓN PSICOEDUCATIVA INTEGRAL EN NIÑOS CON TDAH

La atención psicoeducativa integral en niños con TDAH

Indicadores de TDAH en el aula

Escuela inclusiva

Pautas generales de intervención en el aula

Recursos para docentes y padres de niños/as con TDAH

5.1.- Asociaciones TDAH

U.D.6. DIFICULTADES ASOCIADAS AL TDAH

Dificultades asociadas al trastorno de hiperactividad

1.1.- Dificultades académicas

1.2.- Desarrollo motriz

1.3.- Habla y lenguaje

1.4.- Accidentes

1.5.- Problemas conductuales y emocionales

Dificultades de aprendizaje en niños con TDAH

2.1.- Lectura

2.2.- Escritura

2.3.- Matemáticas

U.D.7. ADAPTACIONES CURRICULARES PARA NIÑOS CON TDAH

Adaptaciones curriculares para niños con TDAH

Adaptaciones curriculares significativas

Adaptaciones curriculares no significativas

3.1.- Adaptaciones metodológicas

3.2.- Adaptaciones ambientales

3.3.- Adaptaciones organizativas

Técnicas de estudio

4.1.- Lectura general del texto

4.2.- Lectura comprensiva

4.3.- Resumen de las ideas principales

4.4.- Realizar un esquema sencillo

4.5.- Memorización y retención de las ideas importantes

U.D.8. INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN NIÑOS CON TDAH

La intervención psicoeducativa en el aula

Objetivos de la intervención psicoeducativa

Técnicas de modificación de conducta

3.1.- Técnicas para aumentar la conducta deseada

3.2.- Técnicas para disminuir la conducta

U.D.9. ESTRATEGIAS EDUCATIVAS PARA NIÑOS CON TDAH

Introducción a las estrategias educativas para niños con TDAH

Fortalecer la autoestima

Comunicación efectiva

3.1.- Entrenamiento asertivo

3.2.- Estrategias para mejorar la comunicación afectiva

Comportamiento apropiado

4.1.- Estrategia para conseguir la conducta apropiada

4.2.- Fomentar la interacción social

Autocontrol

5.1.- Técnica de la tortuga

5.2.- Técnica de autoinstrucciones

Impulsividad

6.1.- Estrategias para controlar la impulsividad

U.D.10. ORIENTACIONES PARA PADRES

Consideraciones generales en la orientación para padres con niños con TDAH

1.1.- Entrevistas familiares

Técnicas de modificación de conducta en casa. Premios y castigos

2.1.- Técnica economía de fichas

Pautas generales de actuación de padres con niños con TDAH. Normas de conducta

3.1.- Actividades a evitar

Pautas generales de actuación para niños

Fichas de evaluación y seguimiento para padres

49 EMOTIVA

EMOTIVA CENTRO PARA EL CAMBIO

INTELIGENCIA EMOCIONAL Y TDAH

<http://www.emotivacpc.es/inteligencia-emocional-tdah/>

<http://www.emotivacpc.es/wp-content/uploads/2015/05/4.3.2-TDAH.pdf?x59935>

1. Tipología general del centro: Empresa de Formación

2. Tipología concreta de centro: Privada

3. Modalidad de la actividad: Online

4. Número medio de participantes inscritos por curso:

5. Duración de la actividad: 30 horas

6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:

7. Certificación o titulación expedida:

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado):

9. Destinatarios de la acción formativa: Personal docente y otras personas que tengan formación específica o trabajen en intervención con niños con dificultades de aprendizaje.

10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):

Este curso pretende acercar la Inteligencia Emocional como herramienta novedosa y útil para intervenir con dificultades de aprendizaje. Entendiendo el trabajo con el alumno desde un enfoque positivo e integrador, que fomenta el desarrollo de habilidades socioemocionales, junto con aspectos rehabilitadores de la dificultad objetiva que presentan los alumnos con TDAH.

11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

•FUNDAMENTACIÓN:

- ¿Qué es la Inteligencia Emocional?
- Beneficios de la Inteligencia Emocional.

•APLICACIÓN PRÁCTICA: Intervención desde el enfoque de la I.E. con niños con dificultades de aprendizaje, TDAH:

- Características propias del trastorno.
- Afectación emocional.
- Estrategias para trabajar la I.E. en este trastorno:

- Niño.
- Familia.

- Aula.
- Caso práctico.

50 CODEX

CENTRO DE FORMACIÓN DE POSTGRADO CODEX

TDAH Y TRASTORNOS GRAVES DE LA CONDUCTA

<http://centrocodex.com/curso/tdah-y-trastornos-graves-de-la-conducta/>

- 1. Tipología general del centro:** Institución de Formación
- 2. Tipología concreta de centro:** Privada
- 3. Modalidad de la actividad:** A distancia
- 4. Número medio de participantes inscritos por curso:**
- 5. Duración de la actividad:** 30 horas
- 6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:**
- 7. Certificación o titulación expedida:**

Diploma Acreditativo de: " Máster en TDAH y Trastornos graves de la conducta"

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado):

9. Destinatarios de la acción formativa: Profesionales y futuros profesionales relacionados con el ámbito Educativo: profesores, educadores, maestros, pedagogos y psicopedagogos, y con el ámbito Clínico de la Salud como: psicólogos, neuropsicólogos, neurólogos, neuropediatras, pediatras, psiquiatras, logopedas, terapeutas ocupacionales y demás.

10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):

11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

MODULO I.- LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA

Unidad 1.-Clasificación DSM- IV y DSM- V

Unidad 2.-Etiología

Unidad 3.- Factores de riesgo y protectores

Unidad 4.- Modelos explicativos de adquisición

Unidad 5.- Variables relevantes en la génesis, desarrollo y mantenimiento de los problemas de conducta

Unidad 6.- Identificación

Unidad 7.- Necesidades educativas especiales y protocolo de actuación psicopedagógica

MODULO II- TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Unidad 1.- Prevalencia, etiología y pronóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Unidad 2.- Evaluación

Unidad 3.- Diagnóstico

Unidad 4.- Curso evolutivo del TDAH

Unidad 5.- Intervención – tratamiento

Unidad 6.- Investigaciones sobre las alternativas terapéuticas en el TDAH

Unidad 7.- Criterios implicados en la selección del tratamiento

Casos prácticos

MODULO III.- LAS CONDUCTAS DESAFIANTES EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD

Unidad 1.- Introducción

Unidad 2.- Definición

Unidad 3.- Tipos

Unidad 4.- Evaluación de situaciones conductuales

Unidad 6.- Estrategias análisis conductual aplicado sobre problemas concretos

Unidad 7.- El modelo apoyo conductual positivo: ACP

Casos prácticos

MODULO IV.- TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE, DISOCIAL Y SÍNDROME DEL EMPERADOR

VOLUMEN. 1.- TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE

Unidad 1.- Introducción

Unidad 2.- Factores causales y de mantenimiento

Unidad 3.- Criterios diagnósticos

Unidad 4.- Tratamiento/ intervención

VOLUMEN. 2.- TRASTORNO DISOCIAL

Unidad 1.- Introducción

Unidad 2.-Tipos de agresividad y conductas agresivas

Unidad 3.- ¿Qué causa la conducta violenta?

Unidad 4.- ¿A quién afecta?

Unidad 5.- Factores de instauración y mantenimiento

Unidad 6.- Factores de riesgo

Unidad 7.- Factores de protección

Unidad 8.- Criterios para el diagnóstico del trastorno disocial

Unidad 9.- Evaluación

Unidad 10.- Intervención / tratamiento

VOLUMEN 3.- SÍNDROME DEL EMPERADOR

Unidad 1.- Introducción

Unidad 2.- Conceptos básicos. Definiciones terminológicas.

Unidad 3.- Estudios e investigaciones sobre la violencia de los hijos hacia los padres

Unidad 4.- El origen del síndrome del emperador y su lugar entre otros trastornos de conducta.

Unidad 5.- El perfil del niño con síndrome del emperador

Unidad 6.- Intervención

Casos prácticos

MODULO V.- TRASTORNOS ANTISOCIALES Y AGRESIVIDAD

Unidad 1.- Agresividad y violencia

Unidad 2.- Técnicas para el control del comportamiento agresivo

Unidad 3.- Comportamiento antisocial en los centros escolares

Unidad 4.- Evaluación diagnóstica: métodos e instrumentos.

Unidad 5.- Estrategias de prevención grupal

Unidad 6.- Estrategias de intervención directa.

Unidad 7.- Intervención en bullying

Unidad 8. Evaluación del PIVE

Casos prácticos

51 INESEM

INESEM BUSINESS SCHOOL

MÁSTER INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN TRASTORNOS DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

http://www.inesem.es/Master-Intervencion-Trastornos-Infancia-Adolescencia?utm_source=inesem&utm_medium=Buscador&utm_campaign=buscador-descriptivo

- 1. Tipología general del centro:** Institución de Formación
- 2. Tipología concreta de centro:** Privada
- 3. Modalidad de la actividad:** A distancia
- 4. Número medio de participantes inscritos por curso:**
- 5. Duración de la actividad:** 60 ECTS
- 6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:**
- 7. Certificación o titulación expedida:**

Titulación Universitaria de Intervención Psicológica en Trastornos de la Infancia y la Adolescencia

- 8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado):** Universidad Pública Rey Juan Carlos

9. Destinatarios de la acción formativa: El Master se destina a titulados universitarios de la rama sanitaria, educación, logopedia, psicología, pedagogía o ciencias sociales que quieran ampliar sus conocimientos y especializarse en una interesante área de conocimiento.

- 10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):**

Conocer la evolución histórica de los principales trastornos que afectan a la infancia y adolescencia, así como cuáles son sus características fundamentales.

Aprender a llevar a cabo procesos de evaluación y diagnóstico de trastornos durante las etapas de infancia y adolescencia, entendiendo la detección precoz o temprana como elemento fundamental.

Identificar cuáles son las principales patologías o trastornos relacionados entre sí en cuanto a desarrollo, definiendo el concepto de comorbilidad.

Conocer cuáles son las principales técnicas y herramientas utilizadas en el tratamiento o intervención clínica de los trastornos desarrollados durante la infancia y la adolescencia.

Identificar, enumerar y aprender cuáles son las principales características que definen al terapeuta o psicoterapeuta, estableciendo los criterios básicos de relación entre terapeuta y paciente.

Entender las bases neurobiológicas que dan pie a la aparición y desarrollo de los trastornos más comunes en la infancia y la adolescencia.

11. Contenidos de la acción formativa (Describe los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

MÓDULO 1. FUNDAMENTOS NEUROLÓGICOS Y BASES QUE INTERVIENEN EN EL TDAH

U.D.1. CONTEXTUALIZACIÓN Y DESARROLLO HISTÓRICO DEL TRASTORNO

Evolución histórica del TDAH

Mitos y realidad del TDAH

El TDAH en la actualidad

Criterios diagnósticos según DSM-V y CIE-10

U.D.2. ETIOLOGÍA DEL TDAH

Introducción a la etiología del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Factores etiológicos y su influencia en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Modelos neurocognitivos

U.D.3. FISIOLOGÍA DEL TDAH

Áreas cerebrales involucradas en el TDAH

Las funciones ejecutivas

La memoria

La atención

U.D.4. PROBLEMAS ASOCIADOS AL TDAH

Trastornos del sueño y TDAH

Problemas de la conducta alimentaria y TDAH

Problemas afectivos y dificultades en las relaciones sociales en población TDAH

Ansiedad y depresión en población TDAH

U.D.5. TRASTORNOS ASOCIADOS AL TDAH: COMORBILIDAD I

Comorbilidad

Trastorno Negativista Desafiente y TDAH

Trastorno Disocial y TDAH

Trastornos por tics / síndrome de Tourette y TDAH

U.D.6. PROBLEMAS ASOCIADOS AL TDAH: COMORBILIDAD II

El trastorno bipolar en población TDAH

Trastornos de Espectro Autista (TEA) y TDAH

Trastornos del aprendizaje y TDAH

Trastorno por consumo de sustancias y TDAH

MÓDULO 2. EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TIPOS DE TRATAMIENTO EN EL TDAH

U.D.1. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DEL TDAH

Proceso de evaluación en TDAH

Áreas de evaluación

Instrumentos de evaluación más utilizados en TDAH

Fases del diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

U.D.2. TRATAMIENTO MULTIMODAL EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Tratamiento multidisciplinar en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Tratamiento farmacológico en TDAH

Intervención psicológica

Intervención psicopedagógica

Intervención familiar

U.D.3. EL TRATAMIENTO EN LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

El tratamiento en la modificación de conducta

Reforzamiento positivo

Reforzamiento negativo

Coste de la respuesta

Castigo

U.D.4. TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

Técnicas de instigación

Técnicas de modelado

Técnicas de extinción

Tiempo fuera

Sobrecorrección

Economía de fichas

Saciedad al estímulo

U.D.5. TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL

El tratamiento cognitivo conductual

El tratamiento cognitivo conductual en adultos con TDAH

El tratamiento cognitivo conductual en niños y adolescentes con TDAH

U.D.6. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento farmacológico en pacientes con TDAH

Fármacos psicoestimulantes

Comorbilidad y fármacos en TDAH

Efectos secundarios del uso de los psicoestimulantes

Contraindicaciones en el uso de psicoestimulantes

Interacciones de los psicoestimulantes

Protocolo para la utilización de psicoestimulantes

Tratamiento con no psicoestimulantes

MÓDULO 3. FUNDAMENTOS NEUROBIOLÓGICOS Y BASES QUE INTERVIENEN EN EL TEA

MÓDULO 4. EVALUACIÓN DIAGNOSTICO Y TIPOS DE TRATAMIENTOS EN TEA

MÓDULO 5. FUNDAMENTOS NEUROBIOLÓGICOS DEL DESARROLLO DEL TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

MÓDULO 6. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

MÓDULO 7. NUTRICIÓN Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

MÓDULO 8. ADICCIONES COMPORTAMENTALES Y OTRAS FORMAS DE DEPENDENCIA

MÓDULO 9. PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DE LAS ADICCIONES Y CONSUMO DE SUSTANCIAS EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

MÓDULO 10. INTRODUCCIÓN Y FUNDAMENTOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA

MÓDULO 11. HABILIDADES Y TÉCNICAS TERAPÉUTICAS

MÓDULO 12. EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA

52 INESEM

INESEM BUSINESS SCHOOL

EXPERTO EN TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

http://www.inesem.es/Experto-Trastorno-Deficit-Atencion-Hiperactividad?utm_source=inesem&utm_medium=Buscador&utm_campaign=buscador-descriptivo

- 1. Tipología general del centro:** Institución de Formación
- 2. Tipología concreta de centro:** Privada
- 3. Modalidad de la actividad:** Online
- 4. Número medio de participantes inscritos por curso:**
- 5. Duración de la actividad:** 180 horas
- 6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:**
- 7. Certificación o titulación expedida:**

Título Propio del Instituto Europeo de Estudios Empresariales (INESEM)

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado): Instituto Europeo de Estudios Empresariales (INESEM)

9. Destinatarios de la acción formativa: Titulados universitarios en la rama sanitaria, educación y ciencias sociales, padres y familiares de personas diagnosticadas o encaminadas a un posible diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, interesados en adquirir y profundizar en los conocimientos y herramientas de intervención en los diferentes ámbitos de actuación del trastorno. En general, en intervención en el aula, en sesiones individuales y en el ámbito familiar y en general a toda aquella persona interesada en profundizar en los conocimientos relacionados con el TDAH y su implicaciones en la infancia y la adolescencia.

10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):

Conocer los conceptos básicos y terminología relacionada con este Trastorno para mejorar la adquisición de conocimientos.

Diferenciar entre los mitos y realidades del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Conocer la relevancia de los cambios producidos durante las diferentes etapas de la vida y sus efectos en los ámbitos social, familiar y educativo.

Conocer las principales herramientas de evaluación psicológica empleadas en el diagnóstico de TDAH.

Implementar programas y estrategias de intervención en los diferentes ámbitos del niño y adolescente.

11. Contenidos de la acción formativa (Describe los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

MÓDULO 1. FUNDAMENTOS NEUROLÓGICOS Y BASES DEL TDAH

U.D.1. CONTEXTUALIZACIÓN Y DESARROLLO HISTÓRICO DEL TRASTORNO

Evolución histórica del TDAH

Mitos y realidad del TDAH

El TDAH en la actualidad

Criterios diagnósticos según DSM-V y CIE-10

U.D.2. ETIOLOGÍA DEL TDAH

Introducción a la etiología del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Factores etiológicos y su influencia en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Modelos neurocognitivos

U.D.3. FISIOLOGÍA DEL TDAH

Áreas cerebrales involucradas en el TDAH

Las funciones ejecutivas

La memoria

La atención

U.D.4. PROBLEMAS ASOCIADOS AL TDAH

Trastornos del sueño y TDAH

Problemas de la conducta alimentaria y TDAH

Problemas afectivos y dificultades en las relaciones sociales en población TDAH

Ansiedad y depresión en población TDAH

U.D.5. TRASTORNOS ASOCIADOS AL TDAH: COMORBILIDAD I

Comorbilidad

Trastorno Negativista Desafiente y TDAH

Trastorno Disocial y TDAH

Trastornos por tics / síndrome de Tourette y TDAH

U.D.6. PROBLEMAS ASOCIADOS AL TDAH: COMORBILIDAD II

El trastorno bipolar en población TDAH

Trastornos de Espectro Autista (TEA) y TDAH

Trastornos del aprendizaje y TDAH

Trastorno por consumo de sustancias y TDAH

MÓDULO 2. EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TIPOS DE TRATAMIENTO EN EL TDAH

U.D.1. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DEL TDAH

Proceso de evaluación en TDAH

Áreas de evaluación

Instrumentos de evaluación más utilizados en TDAH

Fases del diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

U.D.2. TRATAMIENTO MULTIMODAL EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Tratamiento multidisciplinar en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Tratamiento farmacológico en TDAH

Intervención psicológica

Intervención psicopedagógica

Intervención familiar

U.D.3. EL TRATAMIENTO EN LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

El tratamiento en la modificación de conducta

Reforzamiento positivo

Reforzamiento negativo

Coste de la respuesta

Castigo

U.D.4. TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

Técnicas de instigación

Técnicas de modelado

Técnicas de extinción

Tiempo fuera

Sobrecorrección

Economía de fichas

Saciedad al estímulo

U.D.5. TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL

El tratamiento cognitivo conductual

El tratamiento cognitivo conductual en adultos con TDAH

El tratamiento cognitivo conductual en niños y adolescentes con TDAH

U.D.6. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento farmacológico en pacientes con TDAH

Fármacos psicoestimulantes

Comorbilidad y fármacos en TDAH

Efectos secundarios del uso de los psicoestimulantes

Contraindicaciones en el uso de psicoestimulantes

Interacciones de los psicoestimulantes

Protocolo para la utilización de psicoestimulantes

Tratamiento con no psicoestimulantes

53 ITEAP

ITEAP – INSTITUTO TÉCNICO DE ESTUDIOS APLICADOS

MÁSTER EN HIPERACTIVIDAD (TDAH)

<http://iteap.com/masteres/mh>

1. Tipología general del centro: Centro de Formación

2. Tipología concreta de centro: Privada

3. Modalidad de la actividad: Online

4. Número medio de participantes inscritos por curso:

5. Duración de la actividad: 1 año máximo, 60 ECTS

6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:

7. Certificación o titulación expedida:

Máster en Hiperactividad (TDAH)

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación

(Propio/Homologado): Homologado por la Asociación Nacional de Formación del Profesorado y Profesionalización Docente y European Postgraduate Agency.

9. Destinatarios de la acción formativa: Titulados universitarios en la rama sanitaria, educación y ciencias sociales, padres y familiares de personas diagnosticadas o encaminadas a un posible diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, interesados en adquirir y profundizar en los conocimientos y herramientas de intervención en los diferentes

ámbitos de actuación del trastorno. En general, en intervención en el aula, en sesiones individuales y en el ámbito familiar y en general a toda aquella persona interesada en profundizar en los conocimientos relacionados con el TDAH y sus implicaciones en la infancia y la adolescencia.

10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):

Conocer los conceptos básicos y terminología relacionada con este Trastorno para mejorar la adquisición de conocimientos.

Diferenciar entre los mitos y realidades del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Conocer la relevancia de los cambios producidos durante las diferentes etapas de la vida y sus efectos en los ámbitos social, familiar y educativo.

Conocer las principales herramientas de evaluación psicológica empleadas en el diagnóstico de TDAH.

Implementar programas y estrategias de intervención en los diferentes ámbitos del niño y adolescente.

11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

BLOQUE 1. MARCO GENERAL Y ORGANIZADORES PREVIOS.

Módulo 1. Terminología y fundamentación esencial.

Módulo 2. Etiología y teorías más relevantes.

Módulo 3. Procesos básicos: atención, memoria y percepción.

Módulo 4. Trastornos de lenguaje y lectura en TDAH.

Módulo 5. Claves del Desarrollo de la Personalidad.

Módulo 6. Panorámica general de los Trastornos de Conducta.

BLOQUE 2. HIPERACTIVIDAD Y FAMILIA.

Módulo 7. Claves del contexto familiar.

Módulo 8. La familia como marco de desarrollo.

Módulo 9. La Intervención psicoeducativa en la familia.

Módulo 10. El TDAH y repercusiones familiares.

BLOQUE 3. DIFICULTADES DEL APRENDIZAJE, PROFESORADO Y TDAH.

Módulo 11. Claves de las dificultades de Aprendizaje.

Módulo 12. La Atención a la Diversidad

Módulo 13. La falta de Atención en la Escuela.

Módulo 14. Implicaciones educativas en TDAH.

Módulo 15. Análisis del Fracaso Escolar.

Módulo 16. El aprendizaje del alumnado con TDAH.

Módulo 17. El profesorado de secundaria y TDAH.

Módulo 18. Motivación y Rendimiento Académico.

Módulo 19. Autoconcepto y Rendimiento Académico.

Módulo 20. Modificación de Conducta en la Escuela.

BLOQUE 4. DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DE HIPERACTIVIDAD.

Módulo 21. Bases del diagnóstico psicoeducativo.

Módulo 22. Estrategias y técnicas de Evaluación.

Módulo 23. Contenido de la evaluación psicoeducativa.

Módulo 24. Evaluación específica en hiperactividad (TDAH).

Módulo 25. El Informe Psicopedagógico en TDAH.

BLOQUE 5. INTERVENCIÓN EN HIPERACTIVIDAD (TDAH).

Módulo 26. Protocolo previo de Intervención en TDAH

Módulo 27. Panorámica general del Tratamiento TDAH.

Módulo 28. Programa de Intervención Cognitiva en TDAH.

Módulo 29. Bases de la Integración Sensorial.

Módulo 30. Taller de los sentidos en TDAH.

Módulo 31. El Desarrollo de la Inteligencia Emocional.

Módulo 32. El papel de la Autoestima.

Módulo 33. Educar la tolerancia a la frustración.

Módulo 34. Programa de desarrollo de las Habilidades Sociales.

Módulo 35. Programas de intervención en TDAH.

Casos prácticos: Además el Máster está integrado de una serie de CASOS PRÁCTICOS de gran interés en el ámbito de la hiperactividad.

54 INEUROCAMPUS

INEUROCAMPUS

MÁSTER EN TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD

<http://www.ineurocampus.com/master/72/master-en-trastorno-por-deficit-de-atencion-hiperactividad.html>

- 1. Tipología general del centro:** Centro de Formación
- 2. Tipología concreta de centro:** Privada
- 3. Modalidad de la actividad:** Online
- 4. Número medio de participantes inscritos por curso:** 50
- 5. Duración de la actividad:** 12 sep 2016 - 30 sep 2017, 60 ECTS
- 6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:** 1
- 7. Certificación o titulación expedida:**

Título Propio: Máster en Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado): Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya

9. Destinatarios de la acción formativa: Pediatras, neuropediatras, psicólogos, neuropsicólogos, psicólogos clínicos, pedagogos, psicopedagogos, psiquiatras y maestros.

10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):

El Trastorno por Déficit de Atención / Hiperactividad (TDAH) es el trastorno del neurodesarrollo más frecuente y la práctica clínica diaria y sus evidencias neurobiológicas están basadas en los hallazgos anatómicos cerebrales, bioquímicos, neurofisiológicos y genéticos. Está demostrada la mejoría en el manejo individualizado de las personas con TDAH a las que tras un diagnóstico certero se les ofrezcan las terapias oportunas multimodales e individualizadas.

Debido a su alta frecuencia, del 5 al 7 % de la población infantil, lo que supone un niño de cada aula escolar, existe una necesidad sanitaria, educativa y social que justifica implementar las ofertas formativas y asistenciales necesarias sobre esta problemática. El Máster en TDAH cubre sobradamente todas estas expectativas, proporciona una titulación universitaria y ofrece una competencia reconocida para el ejercicio profesional más completo y cualificado.

Dar la respuesta a las necesidades personales y familiares de estos niños y adolescentes es un reto que se debe afrontar con una adecuada formación interdisciplinar insuficiente en muchas comunidades y naciones. Este máster ofrece una completa especialización a través de un profesorado de gran prestigio y de las enseñanzas prácticas necesarias para el óptimo aprendizaje.

11. Contenidos de la acción formativa (Describe los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

INTRODUCCIÓN.

Módulo 1.- Desarrollo histórico, epidemiología. Definición, subtipos y criterios de DSM.
Profesor: César Soutullo.

BASES NEUROBIOLÓGICAS.

Módulo 2.- Sustrato Anatómico. Evidencias e investigaciones. Profesor: Alberto Fernández Jaén.

Módulo 3.- Sistemas de neurotransmisión: Dopamina, Noradrenalina, Serotonina. Profesor: José Ángel Alda.

Módulo 4.- Neurofisiología en el TDAH. Profesores: Pedro Ortiz y Patricia Roca.

Módulo 5.- Bases genéticas del TDAH. Profesor: Josep Artigas.

FUNCIONES EJECUTIVAS.

Módulo 6.- Definición e Importancia del Lóbulo Frontal en las funciones ejecutivas y su disfunción en el niño con TDAH. Profesores: Esther Cardo y Jesús Eiris.

DIAGNÓSTICO DEL TDAH.

Módulo 7.- Historia clínica, motivo de consulta, y valoración psiquiátrica. Profesor: Azucena Díez Suárez.

Módulo 8.- Exploración física y neuropsiquiátrica. Exploraciones complementarias. TDAH secundario a patología cerebral. Profesor: Fernando Mulas.

Módulo 9.- Evaluación neuropsicológica de las funciones cerebrales superiores. Profesores: Luís Abad y Violeta Peláez.

CURSO EVOLUTIVO DEL TDAH.

Módulo 10.- TDAH en el niño preescolar. Profesor: María José Álvarez.

Módulo 11.- TDAH en la infancia y adolescencia. Profesor: José Casas.

Módulo 12.- TDAH en la edad adulta y trastornos por uso de sustancias. Profesor: José Martínez Raga.

COMORBILIDADES EN EL TDAH.

Módulo 13.- Dificultades del aprendizaje. Profesor: Ana Sans.

Módulo 14.- Trastornos de conducta, negativista-desafiante y otras comorbilidades. Profesores: Inés Hidalgo y Pedro Javier Rodríguez Hernández.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

Módulo 15.- Fármacos psicoestimulantes. Metilfenidato. Liberación inmediata, retardada tipo OROS e intermedia: 50/50, 30/70. Lisdexanfetamina. Profesor: Rubén Gandía.

Módulo 16.- Fármacos No psicoestimulantes. Atomoxetina. Clorhidrato de Guanfacina. Otros fármacos utilizados en el TDAH. Profesor: José Ángel Alda.

Módulo 17.- Tratamiento del TDAH con comorbilidades psiquiátricas. Profesor: César Soutullo.

Módulo 18.- Individualización del tratamiento según perfil individual y específico. Profesor: Tomás Cantó.

INTERVENCION PSICOPEDAGÓGICA.

Módulo 19.- Entrenamiento de funciones ejecutivas. Profesores: Luís Abad y Rosalía Ruiz.

Módulo 20.- Terapia cognitivo conductual. Profesor: Ana Miranda.

Módulo 21.- Tratamiento psicoeducativo a padres y profesores. Profesores: M^a Jesús Presentación y Ana Miranda.

TDAH Y CALIDAD DE VIDA.

Módulo 22.- Incidencia en la vida diaria y escalas de valoración. Profesores: Jesús Eiris y Esther Cardo.

PRONÓSTICO DEL TDAH Y EVOLUCIÓN EN LA EDAD ADULTA.

Módulo 23.- Diagnóstico e intervención. Profesor: Josep Antoni Ramos-Quiroga.

55 UNIMEL

UNIMEL

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PARA LAS DIFICULTADES DE APRENDIZAJE

<http://www.unimeleducacion.com/estrategia-de-intervencion-para-las-dificultades-de-aprendizaje/>

1. Tipología general del centro: Centro de Formación

2. Tipología concreta de centro: Privada

3. Modalidad de la actividad: Online

4. Número medio de participantes inscritos por curso:

5. Duración de la actividad: 100 horas

6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:

7. Certificación o titulación expedida:

Certificado

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado): Universidad CEU Cardenal Herrera

9. Destinatarios de la acción formativa: Aspirante a profesor, docentes, universitarios, FP Superior con un nivel usuario del sistema operativo Windows.

10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):

Conocer y reconocer en el aula las dificultades de aprendizaje.

Distinguir entre las diversas manifestaciones que provocan dificultades en el aprendizaje.

Conocer distintas estrategias de intervención ante las dificultades en el aprendizaje.

Llevar a cabo actuaciones de éxito frente a las dificultades en el aprendizaje.

Reconocer las dificultades de carácter lectoescritor. Dislexia, disgrafía , disortografía

Reconocer las dificultades de carácter matemático. La discalculia.

Aplicar las pautas de intervención en discalculia

Reconocer las dificultades de atención e hiperactividad

Aplicar pautas de intervención en las dificultades de atención

Aplicar pautas de intervención en los trastornos de hiperactividad.

Conocer estrategias de atención a la diversidad en el aula.

11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

1. Las claves del aprendizaje. Teorías sobre el aprendizaje humano.

2. Las dificultades en el aprendizaje. ¿Qué son y que las diferencia?

3. Los trastornos comportamentales

4. La dislexia

5. La disgrafía

6. La disortografía

7. La discalculia

8. Los déficits atencionales

9. La hiperactividad

10. Recursos para trabajar en el aula

11. Las actuaciones de éxito en la escuela.

12. Las comunidades de aprendizaje como respuesta a las dificultades.

56 R_ALMERÍA

ALMERÍA

MÁSTER EN EDUCACIÓN ESPECIAL

<http://cms.ual.es/UAL/estudios/masteres/MASTER7103>

1. **Tipología general del centro:** PÚBLICO
2. **Tipología concreta de centro:** UNIVERSIDAD
3. **Modalidad de la actividad:** PRESENCIAL
4. **Número medio de participantes inscritos por curso:** 30
5. **Duración de la actividad:** MÁS DE 50 HORAS (60créditos ECTS) 1 curso
6. **Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:** 3ª (2009-10; 2010-11; 2016-17)
7. **Certificación o titulación expedida:**
8. **Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado):**
9. **Destinatarios de la acción formativa:** Personas con un interés nato por la Educación Especial, sensibilidad y solidaridad con las personas con necesidades educativas especiales, demostrada iniciativa propia y capacidad de autoorganización en el trabajo, vocación por el descubrimiento de nuevos conocimientos y participación en equipos de trabajo, capacidad de toma de decisiones, liderazgo en el trabajo de equipo, y capacidad para moverse en entornos multidisciplinares tanto a nivel nacional como internacional. Alto conocimiento de las materias impartidas en los cursos del grado del título que tienen que ver con los contenidos del Máster de Educación Especial; Inquietud, curiosidad, creatividad y sensibilidad por la investigación en Educación Especial. Capacidades avanzadas para la expresión oral y escrita en lengua inglesa; Habilidades avanzadas y sensibilidad para el manejo de herramientas de acceso a la información.
10. **Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):**
11. **Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):**

57 R_ALMERÍA

ALMERÍA

MÁSTER EN INTERVENCIÓN EN CONVIVENCIA ESCOLAR

<http://cms.ual.es/UAL/estudios/masteres/MASTER7043>

1. **Tipología general del centro:** PÚBLICO
2. **Tipología concreta de centro:** UNIVERSIDAD
3. **Modalidad de la actividad:** PRESENCIAL
4. **Número medio de participantes inscritos por curso:** 35
5. **Duración de la actividad:** MÁS DE 50 HORAS (60créditos ECTS) 1 curso
6. **Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:** 7ª (2010-11; 2011-12; 2012-13; 2013-14; 2014-15; 2015-16; 2016-17)
7. **Certificación o titulación expedida:**
8. **Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado):**
9. **Destinatarios de la acción formativa:** El alumno/a solicitante debe poseer conocimientos básicos que le ayuden a comprender, analizar, sintetizar, procesar y transferir los conocimientos susceptibles de abordaje en el Máster. De igual modo debe poseer habilidades que le permita el trabajo autónomo, mediante técnicas de estudio, etc.
10. **Objetivos de la acción formativa (Describe los objetivos de la acción formativa):** El presente máster tiene como objetivo fundamental dotar a los/as alumnos/as de una formación académica que permita adquirir y/o consolidar las competencias generales y específicas para el ejercicio de su actividad profesional en materia de Convivencia Escolar. Cada uno de los módulos/itinerarios persiguen este mismo objetivo, centrándose en el ámbito de la intervención psicológica y en la intervención en el centro educativo respectivamente. Así, a través de sus dos itinerarios, trata de responder a las necesidades específicas de intervención en convivencia escolar en los diferentes contextos, a nivel individual y específico fuera del aula dotando de habilidades, modificando conductas negativas e interviniendo en los problemas de personalidad asociados; y por otro lado, a nivel escolar, del centro educativo, dotando, no sólo, a los profesionales que pueden componer el Equipo de Orientación, sino también, a los propios docentes, de herramientas para mejorar la convivencia dentro del aula. A su vez, permite en ambos casos la incorporación de estos profesionales al ámbito investigador dando así respuesta a las nuevas demandas educativas y de formación de los futuros y actuales docentes, y que les permitirán realizar la Tesis Doctoral.

11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

Asignatura: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y Comportamientos

Disruptivos: *Planes de estudios en pdf

58 R_ UAL

FORMACIÓN CONTINUA – UAL

MÁSTER PROPIO EN DIFICULTADES Y TRASTORNOS DE APRENDIZAJE EN EL ÁMBITO ESCOLAR

<http://formacionasunivep.com/index.php/master-educacion/master-propio-en-dificultades-y-trastornos-de-aprendizaje-en-el-ambito-escolar>

1. Tipología general del centro:

2. Tipología concreta de centro:

3. Modalidad de la actividad: ONLINE

4. Número medio de participantes inscritos por curso: 35

5. Duración de la actividad: MÁS DE 50 HORAS (600 horas lectivas (80 ECTS)

6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada: Desconocida. No ofertado actualmente. (2014-15)

7. Certificación o titulación expedida:

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado): Máster Propio

9. Destinatarios de la acción formativa: Diplomados en Magisterio (todas las especialidades). Licenciados en Psicología y Psicopedagogía. Estudiantes que hayan superado 180 créditos de su plan de estudios.

10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa): El Máster en Dificultades y Trastornos del Aprendizaje en el Ámbito Escolar tiene como objetivo ofrecer a los profesionales de la educación, actuales y futuros, una formación específica y actualizada para el diagnóstico, intervención e investigación en las diferentes Dificultades de Aprendizaje. Para ello se detallan los siguientes objetivos específicos:

Conocer y analizar la organización del centro educativo y la legislación vigente en materia de atención a la diversidad.

Identificar los hitos evolutivos en las diferentes áreas del desarrollo normativo del sujeto, así como organizar estrategias de prevención e intervención para favorecer dicho desarrollo y el aprendizaje en personas con dificultades.

Analizar los procesos de enseñanza-aprendizaje dentro de la enseñanza obligatoria.

Conocer el desarrollo del lenguaje, evaluar y diseñar programas para la intervención en los trastornos del lenguaje.

Prevenir, evaluar y diseñar programas de intervención en los trastornos de atención e hiperactividad.

Diagnosticar y conocer las actuaciones psicoeducativas en las Dificultades de Aprendizaje.

Conocer los principales modelos de adquisición de la lectura, evaluar las dificultades de lectura y diseñar e implementar programas de intervención.

Conocer los diferentes problemas en la adquisición de la escritura, evaluar las dificultades de escritura y diseñar e implementar programas de intervención.

Conocer los diferentes problemas en la adquisición de las matemáticas, evaluar las dificultades de escritura y diseñar e implementar programas de intervención.

Conocer, analizar y aplicar los diseños más utilizados en la investigación en educación.

Conocer, analizar y aplicar las técnicas cualitativas en la investigación en educación.

Conocer, analizar y aplicar las técnicas cuantitativas en la investigación en educación.

Elaborar un proyecto de investigación en alguna de las temáticas relacionadas con las Dificultades de Aprendizaje.

11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

Asignatura 8. Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad (40 h.) Contenidos:

Aproximación al conocimiento histórico y etiológico del TDA-H.

Evaluación y diagnóstico del TDA-H.

TDA-H y dificultades de aprendizaje.

Intervención Psicopedagógica en el TDA-H.

Intervención en el aula y modificación de conducta en el TDA-H.

59 R_US

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

MÁSTER UNIVERSITARIO EN NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES Y ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD EN LA ESCUELA

http://www.us.es/estudios/master/master_M139

1. Tipología general del centro: PÚBLICO

2. Tipología concreta de centro: UNIVERSIDAD

3. Modalidad de la actividad: PRESENCIAL

4. Número medio de participantes inscritos por curso: 30

5. Duración de la actividad: MÁS DE 50 HORAS (1 curso, 60 ETCS)

6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:

7. Certificación o titulación expedida:

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado):

9. Destinatarios de la acción formativa: Los estudiantes interesados en los campos profesionales a los que se orienta este Máster provendrán principalmente de los ámbitos de la Educación y de la Psicología, aunque no se limita a estos, sino que el Máster está abierto a todas aquellas titulaciones que precisen completar su formación sobre el abordaje de las necesidades específicas de apoyo educativo a lo largo de todo el ciclo vital. Como se ha apuntado en la justificación, los contextos y perfiles profesionales de salida son diversos, con el eje común de la actuación psicoeducativa optimizadora del desarrollo.

10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa): El Máster en Necesidades Educativas Especiales y Atención a la Diversidad en la Escuela se propone desarrollar específicamente en los egresados la capacidad para:

Conocer los fundamentos psicológicos, educativos, y sociales de la diversidad y de las diferentes necesidades específicas de apoyo educativo.

Identificar, detectar y analizar las posibles barreras para el aprendizaje y la participación de las personas con necesidades específicas de apoyo educativo en los entornos educativos.

Conocer, analizar, desarrollar y promover procesos de inclusión educativa y atención a la diversidad relacionados con el cambio, innovación y educación en igualdad de oportunidades.

Realizar una evaluación psicopedagógica de los procesos de desarrollo y aprendizaje y sus dificultades, así como de los niveles de competencia del alumnado y de las posibilidades del contexto en que se desarrolla que puedan estar en el origen de sus necesidades específicas de apoyo educativo.

Acometer, directamente o en colaboración con el resto de profesionales, la planificación, el desarrollo y la evaluación de adaptaciones curriculares para el alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo.

Promover el desarrollo, la calidad de vida y el aprendizaje a lo largo de las distintas etapas educativas, anticipando y previniendo las posibles dificultades en el desarrollo y el aprendizaje.

11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

60 R_US

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA DE LA EDUCACIÓN. AVANCES EN INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA Y NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES

http://www.us.es/estudios/master/master_M104

1. Tipología general del centro: PÚBLICO

2. Tipología concreta de centro: UNIVERSIDAD

3. Modalidad de la actividad: PRESENCIAL

4. Número medio de participantes inscritos por curso: 35

5. Duración de la actividad: MÁS DE 50 HORAS (1 curso, 60 ETCS)

6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada: 7ª (2010-11; 2011-12; 2012-13; 2013-14; 2014-15; 2015-16; 2016-17)

7. Certificación o titulación expedida:

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado):

9. Destinatarios de la acción formativa: Los y las estudiantes interesados en los campos profesionales a los que se orienta este Máster provendrán de los ámbitos de la Psicología y de la Educación. Los contextos y perfiles profesionales de salida son diversos, con el eje común de la actuación psicoeducativa optimizadora del desarrollo.

La formación específica que se propone en el Máster requiere unas competencias básicas previas, relacionadas con la comprensión del desarrollo humano y los principios de la intervención educativa en contextos formales. Ambos conjuntos de competencias son acordes con las adquiridas en las Licenciaturas o Grados de Psicología, Psicopedagogía, Maestro, Pedagogía, Logopedia o Educación Social. Al mismo tiempo, el carácter profesionalizador y de actualización del Máster, hace que tenga una proyección especial entre los profesionales en ejercicio. Por este motivo, se esperaría combinar los perfiles de estudiantes de egreso reciente con intención de iniciarse profesionalmente en este campo, con aquellos otros con cierta experiencia y deseos de promocionarse laboralmente o ampliar conocimientos sobre alguno de los ámbitos de actuación recogidos en el Máster.

10. Objetivos de la acción formativa (Describe los objetivos de la acción formativa): El objetivo general del Máster en Psicología de la Educación es preparar a los estudiantes como profesionales competentes en Psicología de la Educación en los ámbitos de la Intervención Psicoeducativa y Psicología Escolar, y de la Intervención en Necesidades Educativas Especiales.

En los documentos ya citados (COP, 1998; Libro Blanco, 2005) en los que se define el psicólogo/la psicóloga de la educación se señalan las funciones que se espera que lleven a cabo; los procedimientos, técnicas e instrumentos que utilizan para el cumplimiento de estas funciones; y los ámbitos en los que tienen lugar sus actuaciones profesionales. Las principales funciones que se desempeñan en este perfil son:

- Intervención ante las necesidades Educativas del Alumnado.
- Orientación, Asesoramiento Profesional y Vocacional.
- Intervención en la Mejora del Acto Educativo.
- Prevención y Optimización del Desarrollo.
- Formación y Asesoramiento Familiar.
- Intervención Socioeducativa.
- Investigación Educativa.
- Docencia relacionada con éste ámbito.

Esta preparación está inspirada en el enfoque científico-profesional, que asume que una buena preparación como profesional implica la adquisición de competencias tanto profesionales como académicas y de investigación. Este objetivo general se puede especificar en los siguientes:

1. Proporcionar a los estudiantes una preparación sólida tanto en conocimientos teóricos como en habilidades prácticas en las diferentes funciones profesionales descritas para los contextos de intervención individual, grupal e institucional, de forma que les permitan:

- Describir, diagnosticar, evaluar, interpretar y explicar los principales fenómenos y procesos psicoeducativos en los campos de intervención descritos.
- Diseñar, implementar, monitorizar, asesorar y valorar las intervenciones con el fin de mejorar las conductas, las situaciones y los procesos psicoeducativos en los campos de intervención descritos, así como prevenir problemas funcionales, psíquicos y sociales que provengan del análisis del funcionamiento de las situaciones educativas.
- Llevar a cabo un proyecto de investigación y colaborar en el desarrollo de nuevas metodologías y herramientas para la intervención, o adaptar las existentes de forma que cumplan los requisitos y estándares del modelo científico-profesional.

2. Proporcionar a los estudiantes la oportunidad de practicar, en una etapa inicial bajo la supervisión profesional, algunas de las competencias y roles requeridos para el ejercicio profesional.

11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

61 R_US

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

MÁSTER PSICOPEDAGOGÍA

http://www.us.es/estudios/master/master_M138

1. Tipología general del centro: PÚBLICA

2. Tipología concreta de centro: UNIVERSIDAD

3. Modalidad de la actividad: PRESENCIAL

4. Número medio de participantes inscritos por curso: 30

5. Duración de la actividad: 1 curso (60 ECTS)

6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada: 3ª (2014-15; 2015-16; 2016-17)

7. Certificación o titulación expedida:

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado):

9. Destinatarios de la acción formativa: El perfil de ingreso propio de este título es el de personas con interés en desarrollar profesionalmente una perspectiva vinculada a la formación el trabajo psicopedagógico: orientadores, asesores en procesos educativos, atención en contextos de riesgo, etc.

10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa): La finalidad del Máster Universitario en Psicopedagogía de la Universidad de Sevilla es dotar al alumnado de herramientas profesionales y científicas para el desempeño de la profesión psicopedagógica en los ámbitos educativos, socio-comunitarios, vocacionales y de desarrollo personal.

Para conseguir este objetivo fundamental el alumnado durante el desarrollo del título adquirirá competencias en:

Relaciones entre desarrollo, aprendizaje, cultura y educación.

Procesos escolares y educativos de enseñanza y aprendizaje.

Componentes relacionales, comunicativos e institucionales de la educación.

Enseñanza y aprendizaje de contenidos específicos.

Estrategias de asesoramiento y colaboración.

Modelos, métodos y técnicas de evaluación, seguimiento e intervención.

Necesidades educativas especiales.

Orientación educativa y profesional.

Innovación e investigación psicopedagógica.

11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

62 R_UNIA

UNIA - UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE ANDALUCÍA

I CURSO EXPERTO EN EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN EN TRASTORNO DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

http://www.old.unia.es/component/option,com_hotproperty/task,view/id,691/Itemid,445/

1. Tipología general del centro: PÚBLICA

2. Tipología concreta de centro: UNIVERSIDAD

3. Modalidad de la actividad: ONLINE y PRESENCIAL por fases

4. Número medio de participantes inscritos por curso: 30

5. Duración de la actividad: 1/9/2011-15/12/2011 (30 ECTS)

6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada: 1

7. Certificación o titulación expedida: Superado el sistema de evaluación del programa se obtendrá el título de Experto Universitario, que constituye un título propio de la Universidad Internacional de Andalucía que se expide al amparo de lo dispuesto en la Disposición Adicional Undécima del Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales.

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado): Universidad Internacional de Andalucía. Titulación Propia.

9. Destinatarios de la acción formativa: El Curso de Experto está dirigido preferentemente a graduados, docentes, investigadores y profesionales relacionados con las siguientes áreas: Terapia Ocupacional, Logopedia, Fisioterapia, Psicología, Magisterio, Pedagogía y Medicina.

10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa): Está dirigido a profesionales sanitarios y del ámbito educativo, especialmente terapeutas ocupacionales, logopedas, maestros, pedagogos, psicólogos, especialistas en neuropsicología, orientadores que estén actualmente trabajando o tengan interés por trabajar con niños con este trastorno. Este Experto se caracteriza por estar dirigido a la práctica clínica y/o educativa y por permitir la profundización en el estudio tanto de la evaluación como de los tratamientos más efectivos. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad constituye la causa más frecuente de consulta en neurología y psicología infantil. La incidencia oscila entre un 5-8 %, llegando incluso a porcentajes más elevados de hasta un 12 % en los últimos años, lo que hace sospechar que puede estar produciéndose un sobrediagnóstico por falta de formación específica para la evaluación de este trastorno. Por otro lado, actualmente, el tratamiento dominante es el farmacológico, quedando en un segundo plano el tratamiento psicosocial.

Desde este Curso de Experto se quiere aumentar la importancia y el conocimiento de los tratamientos más efectivos, basados en las evidencias científicas actuales, acorde con otros contextos donde el abordaje multidisciplinar es clave, a través de terapia ocupacional, psicología, logopedia, pedagogía, ofreciendo así una alternativa efectiva en el tratamiento de los trastornos por déficit de atención con hiperactividad. El objetivo de este Experto es proporcionar herramientas teóricas y prácticas tanto para la evaluación como para la intervención en estos trastornos. Para ello se ha diseñado una estructura modular innovadora que cubre las principales áreas de evaluación: clínica y neuropsicológica, de prevención y de intervención, desde el contexto escolar como familiar, biofeedback, terapia ocupacional y terapia de integración sensorial.

11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

a. FASE VIRTUAL.

Aproximación histórica y conceptual a los Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad.

b. FASE PRESENCIAL.

Evaluación de los Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad.

Terapia individual y familiar aplicada a los Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad.

Terapia de integración sensorial aplicada a los Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad.

Biofeedback de los Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad.

c. FASE DE INVESTIGACIÓN.

El estudiante dispondrá de dos convocatorias para la defensa y evaluación de la memoria final de investigación. La primera de ellas, de carácter ordinario, tendrá lugar dentro de los tres meses siguientes a la finalización y evaluación del periodo de docencia. La segunda, de carácter extraordinario, se efectuará en el periodo de los seis meses siguientes a la celebración de la convocatoria ordinaria. La citada memoria deberá ser remitido a la Universidad Internacional de Andalucía, Sede La Rábida, junto con un informe favorable del tutor, y será juzgado y calificado por una Comisión Evaluadora constituida por tres miembros propuestos por la Comisión Académica del programa y nombrada por la Comisión de Postgrado de la universidad. El trabajo será evaluado, debiendo quedar reflejada la calificación en un acta normalizada.

63 R_UNIA

UNIA - UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE ANDALUCÍA

AULA DE LA EXPERIENCIA: TALLER “LA SALUD MENTAL: ENTENDIENDO PROBLEMAS PSICOLÓGICOS DE LA VIDA COTIDIANA”

http://www.unia.es/conoce-la-unia/campus-de-baeza/oferta-formativa-campus-de-baeza/item/salud-mental-entendiendo-los-problemas-psicologicos-de-la-vida-cotidiana?category_id=133

<http://www.ideaspoderosas.com/aula-de-la-experiencia-salud-mental/>

1. **Tipología general del centro:** PÚBLICA
2. **Tipología concreta de centro:** UNIVERSIDAD
3. **Modalidad de la actividad:** PRESENCIAL
4. **Número medio de participantes inscritos por curso:**
5. **Duración de la actividad:** 20 horas
6. **Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:** 1ª
7. **Certificación o titulación expedida:**
8. **Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado):**
9. **Destinatarios de la acción formativa:**
10. **Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):**
 - Desterrar los estereotipos, prejuicios y falsos mitos sobre los problemas psicológicos, especialmente en aquellos que recaen sobre las personas con enfermedad mental y sus familiares.
 - Despatologizar los problemas psicológicos de la vida cotidiana.
 - Promover una perspectiva acerca del funcionamiento psicológico y unos hábitos de vida y de interacción social saludables que sirvan como factores de prevención y protección ante los problemas de “salud mental”.
11. **Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):**
 - A. Entendiendo la salud mental.

- ¿Qué es la salud mental y qué son las enfermedades mentales?
- Mitos sobre la enfermedad mental.
- ¿Qué significa estar mentalmente sano?

B. Conociendo los principales trastornos.

- Los trastornos de ansiedad.
- La depresión y los trastornos del estado de ánimo.
- Problemas de pareja y afectivo-sexuales.
- TDAH y otras conductas problema en el niño normal.

C. Afrontando los trastornos psicológicos y su prevención

- Qué son los tratamientos psicológicos.
- Qué son los tratamientos farmacológicos.
- De la tiranía de la normalidad a la trampa de la felicidad.
- “No pienses en un elefante rosa” o cuando el control es el problema.
- La importancia de los valores.
- Relaciones sociales, biografía y hábitos de vida para una “mente sana”.

64 R_UNED

UNED - UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA

EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH). ASPECTOS PSICOLÓGICOS, SOCIALES Y FUNCIONALES

<https://extension.uned.es/actividad/idactividad/8549>

http://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/11079/1639tdahesp.pdf

1. Tipología general del centro: PÚBLICA

2. Tipología concreta de centro: UNIVERSIDAD

3. Modalidad de la actividad: ONLINE O PRESENCIAL (ambas opciones)

4. Número medio de participantes inscritos por curso:

5. Duración de la actividad: 10 horas (0.5 ECTS y 1 CLC)

6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada: 2ª (2015, 2016)

7. Certificación o titulación expedida:

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado):

9. Destinatarios de la acción formativa: Psicólogos, Educadores y Trabajadores sociales, Titulados y estudiantes universitarios, profesorado, personas interesadas en esta temática.

10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):

Este curso pretende ser una introducción al estudio de las principales características de este trastorno. Se abordarán los principales problemas cognitivos y emocionales, así como las dificultades sociales, educativas y de adaptación funcional en diversos contextos claves para ellos como es el hogar o la escuela.

11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

2015

El niño con TDAH: definición, características y panorama actual.

Aspectos cognitivos y emocionales del niño con TDAH.

Funcionalidad social y educativa: la casa y la escuela.

Evaluación e intervención: una aproximación desde la neuropsicología y la psicoeducación.

2016

El niño con TDAH: definición, características y panorama actual

Aspectos cognitivos y emocionales del niño con TADH.

Funcionalidad social y educativa: la casa y la escuela.

Evaluación e intervención: una aproximación desde la neuropsicología y la psicoeducación.

65 R_UNED

UNED – UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA

DIPLOMA EXPERTO UNIVERSITARIO EN TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

https://formacionpermanente.uned.es/tp_actividad/idactividad/7470

- 1. Tipología general del centro:** PÚBLICO
- 2. Tipología concreta de centro:** UNIVERSIDAD
- 3. Modalidad de la actividad:** A DISTANCIA
- 4. Número medio de participantes inscritos por curso:**
- 5. Duración de la actividad:** Del 2 de febrero al 30 de septiembre, 625 horas
- 6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:** 1, 2014-15
- 7. Certificación o titulación expedida:** Máster, diploma de Especialización, Diploma de Experto o Certificado de Formación del Profesorado
- 8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado):** Título propio UNED
- 9. Destinatarios de la acción formativa:** El curso va dirigido a profesionales licenciados y diplomados que trabajan en los ámbitos de la salud y la educación, tales como psicólogos clínicos, psicólogos, médicos, psiquiatras, profesores, enfermeras, trabajadores sociales, etc., y en general a todos aquellos que desempeñan actividades profesionales relacionadas con la salud en niños y adolescentes.
- 10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):** La finalidad del presente curso consiste en proporcionar una formación rigurosa y actualizada sobre los principales trastornos psicológicos que se dan durante la infancia y la adolescencia. Dicha formación incluye la descripción clínica, la evaluación y el diagnóstico, las causas y los factores de predisposición, la prevención y las terapias más efectivas para los diferentes trastornos.
- 11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):**
 - Psicopatología de la infancia y la adolescencia: Concepto y clasificación
 - Procedimientos generales para la evaluación y diagnóstico de los trastornos infantojuveniles
 - Ansiedad de separación
 - Miedos y fobias en niños y adolescentes
 - Fobia social en la adolescencia
 - Pánico y agorafobia en niños y adolescentes
 - Ansiedad generalizada en niños y adolescentes

Obsesiones y compulsiones en niños y adolescentes

Estrés postraumático en niños y adolescentes

Depresión en niños y adolescentes

Problemas de relaciones sociales en la infancia (inhibición conductual, timidez, autismo selectivo, baja autoestima)

Déficit de atención e hiperactividad

Comportamiento perturbador (disocial, negativista, agresividad)

Trastornos asociados a la ingestión y conducta alimentaria en la infancia (pica, rumiación, trastorno de la ingestión alimentaria)

Trastornos de la eliminación en la infancia (enuresis y encopresis)

Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa

Trastornos del espectro autista

Consumo de drogas y nuevas adicciones (internet, videojuegos, etc.) en niños y adolescentes

Síndrome de alienación parental

Problemas en el aula y rechazo escolar

Factores psicológicos que influyen en las enfermedades crónicas de los niños

Entrenamiento de padres para fomentar las conductas adaptativas de los hijos

66 R_UNED

UNED – UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA

EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH). ASPECTOS PSICOLÓGICOS, SOCIALES Y FUNCIONALES

http://portal.uned.es/portal/page?_pageid=93,27108113&_dad=portal&_schema=PORTAL&idAsignatura=2220302-&idContenido=1

1. Tipología general del centro: PÚBLICO

2. Tipología concreta de centro: UNIVERSIDAD

3. Modalidad de la actividad: A DISTANCIA

4. Número medio de participantes inscritos por curso:

5. Duración de la actividad:

6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada: 2013-14

7. Certificación o titulación expedida:

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado):

9. Destinatarios de la acción formativa: Para la adquisición de las competencias que se pretenden desarrollar con este curso es necesario que los alumnos dispongan de un importante bagaje de conocimientos en psicología del desarrollo, psicología de la educación, evaluación psicopedagógica e intervención psicoeducativa.

10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa): El curso Trastornos por déficit de atención y del comportamiento (5 ECTS) se incluye, como obligatorio, para aquellos alumnos que cursen la Especialidad de Trastornos del Desarrollo. La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) incluye estos trastornos bajo la denominación de Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, dentro del Eje dedicado a los Trastornos en el desarrollo de inicio en la infancia y la adolescencia. Desde un enfoque teórico práctico este curso pretende formar a los alumnos en todas aquellas tareas de detección, diagnóstico y diseño de programas de intervención que les permitirán abordar los trastornos de atención y del comportamiento.

Este curso se entronca, con el resto de los cursos de la especialidad, en un objetivo común: la detección e intervención en las alteraciones de desarrollo. El curso denominado “Procesos de desarrollo y signos de alerta” ofrecerá al alumno el marco de conocimientos en psicología del desarrollo que le permitirán discriminar entre los síntomas cognitivos y conductuales propios de cada etapa evolutiva y los que podrían ser indicadores de la presencia de una patología del tipo del TDAH o de los trastornos de conducta. El curso de “Discapacidad intelectual” ayudará a los alumnos a adquirir los conocimientos necesarios para el diagnóstico diferencial entre la sintomatología propia del TDAH, la sintomatología desatenta, impulsiva e hiperactiva lógica debido a la inmadurez del niño con discapacidad intelectual y la presencia de TDAH como trastorno comórbido o asociado. Por otra parte, el curso “Trastornos del lenguaje y la comunicación” resulta de gran utilidad dada la elevada incidencia de retraso del lenguaje asociado a los niños con TDAH, y el curso “ Respuesta a las necesidades educativas especiales” familiarizará a los alumnos con los recursos educativos de que disponen de cara al desarrollo de los tratamientos.

11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

Bloque I: Concepto y clasificación de los Trastornos por déficit de atención y del comportamiento.

Bloque II: Evolución histórica y modelos explicativos de los trastornos de la atención y del comportamiento.

Bloque III: De la primera infancia a la edad adulta: evolución y pronóstico de las personas con trastornos de la atención y del comportamiento.

Bloque IV: Evaluación y diagnóstico de los trastornos de la atención y del comportamiento: Diagnóstico diferencial y Evaluación Psicoeducativa.

Bloque V: Intervención en los trastornos de la atención y de la conducta

Bloque VI: Conocimiento de técnicas específicas de intervención y materiales de apoyo.

67 R_CEP_M

INSTITUCIÓN/EMPRESA

FORMACIÓN DEL PROFESORADO PARA LA ATENCIÓN A ALUMNADO CON TDAH

https://www.juntadeandalucia.es/educacion/portalseneca/web/cep/consulta-actividades-formativas#DetActForPub.jsp?X_EDIACTFOR=164396b

1. Tipología general del centro:

2. Tipología concreta de centro:

3. Modalidad de la actividad: Curso con seguimiento

4. Número medio de participantes inscritos por curso: 27

5. Duración de la actividad: 20 horas

6. Número de ediciones de la actividad formativa ofertada:

7. Certificación o titulación expedida:

8. Institución/Centro/Organismo que expide el certificado o titulación (Propio/Homologado):

9. Destinatarios de la acción formativa: Actividad dirigida al profesorado con alumnado con TDAH, profesorado de E.E. y profesorado en general, en colaboración con la Asociación TDAH de la Axarquía.

10. Objetivos de la acción formativa (Describa los objetivos de la acción formativa):

- Proporcionar al profesorado elementos y herramientas para detectar alumnado con TDAH.
- Conocer el funcionamiento cognitivo y el desarrollo emocional del alunado con TDAH.
- Aportar estrategias para mejorar la conducta y las relaciones con los compañeros en el aula.
- Analizar la normativa vigente sobre la NEAE del alumnado con TDAH.
- Presentar buenas prácticas de estrategias de intervención en las áreas curriculares.
- Valorar la necesidad de un diagnóstico y evaluación correcta del alumnado con TDAH.

11. Contenidos de la acción formativa (Describa los contenidos o bloques temáticos de la acción formativa):

- ¿Qué es el TDAH?
- Conducta, funcionamiento cognitivo y desarrollo emocional.
- Como mejorar la conducta en clase.
- Solución de las dificultades de aprendizaje.
- TDAH en Infantil, Primaria y Secundaria.
- Necesidades educativas especiales del alumnado con TDAH. Normativa vigente.

- Estrategias generales de intervención en el aula.
- Importancia de un diagnóstico y evaluación correcta. Diferencia entre síntomas y trastorno.
- Trastornos que pueden causar síntomas similares al TDAH.

ANEXO 8 Propuestas FAHYDA para elaboración de Protocolo



Federación Andaluza
de Asociaciones de
Ayuda al TDAH
G-91720219

PROPUESTAS DE LAS ASOCIACIONES DE FAMILIARES Y AFECTADOS POR EL TDAH PARA LA ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA LA DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TDAH EN ANDALUCÍA

06 NOVIEMBRE 2010

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	3
2.	DESCRIPCIÓN DEL TRASTORNO.....	4
3.	CRITERIOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	4
4.	CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO CON T.D.A.H.....	5
4.1.	Atención y Concentración.....	5
4.2.	Impulsividad.....	5
4.3.	Hiperactividad.....	5
4.4.	Otras características del TDAH.....	6
5.	PRE-DIAGNÓSTICO.....	6
5.1.	Actuación en el ámbito educativo.....	6
5.2.	Actuación en el ámbito de Salud.....	7
6.	POST-DIAGNÓSTICO.....	9
6.1.	Actuación en el ámbito educativo.....	9
6.1.1	Instrumentos para facilitar el acceso curricular.....	9
6.1.2	Adaptación metodológica.....	9
6.1.3	Actuación de la Consejería de Educación.....	10
6.1.3.1	Ayuda y apoyo económico a las familias	10
6.1.3.2	CONTROL.....	10
6.1.3.3	FORMACIÓN.....	11
6.1.4	Atención en la Educación Reglada no obligatoria.....	11
6.1.4.1	ÁMBITO EDUCATIVO SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	11
6.1.4.1.1	Acceso al Grado Medio y Grado Superior de enseñanza profesional.....	12
6.1.4.2	ÁMBITO SUPERIOR O UNIVERSITARIO.....	12
6.1.4.2.1	Pruebas de Selectividad adaptadas.....	12
6.1.4.2.2	Inclusión en cupos de reserva o especiales.....	12
6.2	Actuación en el ámbito Sanitario.....	13
6.2.1	Tratamiento.....	14
6.3	Actuación en el ámbito de Bienestar Social.....	15
6.4	Actuación en el ámbito de la Justicia.....	15
7.	COORDINACIÓN ENTRE ADMINISTRACIONES Y PERSONAS IMPLICADAS.....	16
7.1	Entre la Dirección de los Centros Educativos y las familias.....	16
7.2	Entre la Consejería de Educación y las Unidades de Trabajo Social Comunitario..	17
7.3	Entre la Consejería de Educación y la Consejería de Salud.....	17

1. INTRODUCCIÓN

El TDAH es un trastorno crónico de origen neurobiológico con un componente genético y de carácter crónico que consiste en una alteración de los neurotransmisores en el circuito de la noradrenalina y la dopamina, que se debe a múltiples factores, el cual puede provocar a quien lo padece, dificultades en la inhibición y el autocontrol, la planificación, la memoria de trabajo a corto plazo, fijar la atención en nuevos estímulos y la elección de información relevante frente a la irrelevante.

Los profesionales expertos en TDAH han estructurado los síntomas y signos de este trastorno, lo que facilita su diagnóstico sistemático, y a su vez transmiten a la sociedad que este cuadro es una entidad con un orden y sentido en sus manifestaciones clínicas que permiten un tratamiento.

Tipos de TDAH:

- Con predominio de FALTA DE ATENCIÓN
- Predominante: IMPULSIVO/HIPERACTIVO
- COMBINADO (combina falta de atención, impulsividad e hiperactividad)

Sus síntomas principales son inatención o dificultad para concentrarse, hiperactividad e impulsividad (parecen incapaces de controlar sus reacciones inmediatas o de pensar antes de actuar) inadecuados para su edad. Pueden manifestarse todos o predominar el déficit de atención o la hiperactividad-impulsividad.

Estos síntomas se manifiestan en varios entornos (familia, escuela, amigos, vida laboral en caso de los adultos) y son lo suficientemente importantes como para afectar al aprendizaje escolar y las relaciones sociales del niño, adolescente o adulto.

El niño, adolescente y adulto con TDAH no tiene un problema de inteligencia o de razonamiento, sino de organización y de autocontrol de la atención, las emociones, la conducta y la relación social.

Por todo ello es fácilmente comprensible la importancia de un diagnóstico precoz para disponer de las medidas necesarias, farmacológicas y psicopedagógicas, individualizadas para cada niño para lograr que se mejore la atención, se reduzcan la inquietud e impulsividad, se mejore su autoestima, sus técnicas de estudio y sus relaciones familiares y sociales.

2. DESCRIPCIÓN DEL TRASTORNO

El Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad se encuentra recogido tanto en la clasificación CIE-10, como en el DSM-IV-AM, y se describe como “un conjunto de síntomas que reducen la capacidad de atención y en determinados casos aumentan la impulsividad cognitiva y/o motora”, trastorno que puede presentarse acompañado de otros síntomas y comorbilidades.

El TDAH es una condición o patrón de comportamiento inadaptado, de base neurobiológica, iniciado generalmente en la infancia, cuyos síntomas básicos son de carácter cognitivo-conductual: falta de atención, hiperactividad e impulsividad.

Para un diagnóstico fiable es necesario que se den estas circunstancias durante al mínimo 6 meses consecutivos en todos los ámbitos, con mayor intensidad y frecuencia, que se mantengan en el tiempo, y que al menos se empiecen a manifestar, como mínimo, desde los siete años, aunque en la mayoría de los casos se manifiestan desde edades mucho más tempranas.

Es importante reseñar que los trastornos del comportamiento anteriormente descritos presentan un elevado índice de comorbilidad, tanto con otros trastornos psiquiátricos (por ejemplo, los tics, abuso de sustancias, trastornos afectivos, etc.), como entre sí. Así se calcula que la mitad de los niños y niñas con TDAH tiene además otro trastorno del comportamiento, bien Trastorno Negativista Desafiante o Trastorno Disocial, lo que empeora el pronóstico y aumenta la complejidad de las medidas terapéuticas y educativas (Mardomingo, 1994).

3. CRITERIOS EPIDEMIOLÓGICOS

El TDAH es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la infancia, y el motivo más frecuente de consulta en los servicios de salud mental en niños. También es bastante frecuente en consultas de pediatría, y muy alta en los alumnos que tienen fracaso escolar y precisan de una evaluación por los servicios de Orientación pedagógica en los colegios. Tiene un impacto enorme en el propio paciente, la familia y en la sociedad, no sólo de coste económico sino también de estrés familiar y adversidad académica y laboral.

El Trastorno por Déficit de Atención con/sin Hiperactividad (TDAH) es una dolencia clínica con una prevalencia entre la población infanto-juvenil de un 5 a un 7%. El 60% de los afectados mantiene los síntomas hasta la edad adulta, y representan alrededor de un 4,5% de la población.

4. CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO CON T.D.A.H

4.1. Atención y Concentración

- Dificultad a la hora de establecer un orden en sus tareas o pequeñas responsabilidades en casa.
- Le cuesta ponerse en marcha para vestirse, hacer las tareas o deberes, pues se distrae fácilmente con cualquier estímulo.
- No presta atención a los detalles, comete errores por descuido.
- Presenta problemas para mantener la atención hasta finalizar sus tareas.
- No sigue instrucciones.
- Pierde u olvida cosas necesarias (agenda, abrigo, bufanda, cartera, deberes).
- Parece no escuchar cuando se le habla.
- Olvida realizar sus tareas cotidianas (cepillarse los dientes, recoger la ropa, ordenar su habitación).
- *Evita/no le gusta/no quiere* participar en actividades que requieren esfuerzo mental por un tiempo prolongado.
- Tiene dificultad para organizarse.

4.2. Impulsividad

- Con frecuencia actúa sin pensar, sin calcular las consecuencias.
- Habla en momentos poco oportunos, o responde precipitadamente a preguntas que no se han terminado de formular.
- Le cuesta obedecer órdenes, porque no está atento cuándo se formulan.
- Suele ser poco precavido y olvida planificar, no tiene preparado el material para hacer los deberes, etc.
- Interrumpe a menudo durante juegos y explicaciones.
- Resuelve los problemas y situaciones de forma rápida y poco reflexiva.
- Tiene dificultad para esperar o guardar turnos.

4.3. Hiperactividad

- Son inquietos y agitados.
- Corren y saltan en situaciones inadecuadas.
- No son capaces de estar sentados, van de un lugar a otro sin motivo aparente.
- Juguetean con frecuencia con pequeños objetos entre las manos.
- A menudo mueve en exceso manos y pies o se mueven demasiado mientras están sentados
- Hablan excesivamente.

4.4. Otras características del TDAH:

- Dificultad para las relaciones con otros niños y adultos.
- Bajo rendimiento escolar: problemas de aprendizaje por mala organización, mala memoria secuencial, déficit en actividades psicomotrices, a pesar de intentar hacer las cosas bien.

5. PRE-DIAGNÓSTICO.

5.1. ACTUACIÓN EN EL ÁMBITO EDUCATIVO.

La detección del TDAH parte de la sospecha de familiares/padres/tutores, del pediatra o desde el mismo centro escolar – profesor o tutor.

Al tratarse de un trastorno que según estadísticas fiables se cifra que pueden estar afectados entre un 5 y un 7% de la población infanto-juvenil, y teniendo en cuenta que es la que forma gran parte de la población escolar, nos encontramos ante un número de alumnos muy significativo, avocado al fracaso y a los conflictos educativos.

La escuela es un lugar de socialización y encuentro de los alumnos tanto en la etapa de Primaria como en el resto de etapas educativas, pero es en esta primera etapa, con edades comprendidas entre los 6 y los 12 años, cuando creemos más necesario que se intente realizar el pre-diagnóstico y detección temprana de estos casos, no descartando la posibilidad de detección de casos de edad más avanzada e incluso por debajo de los 6 años, que se encuentran sin diagnosticar.

Como consecuencia de una inatención médica de este trastorno, tanto psicológica como posiblemente farmacológica, un menor puede ver perjudicado su proceso de aprendizaje y relación social y esto, a la larga, puede llevar a un grave deterioro de difícil solución con las consiguientes consecuencias irreparables.

Por lo tanto, como parte inicial de la detección, y teniendo en cuenta lo que ya se viene aplicando en diferentes protocolos autonómicos, consideramos que tanto para los afectados como sus familias, podría estudiarse la aplicación de la siguiente forma de proceder:

“Cuando desde cualquier ámbito, tanto familiar como docente, se plantee la sospecha de un posible caso de TDAH, con las conclusiones de una primera evaluación del orientador, desde el Centro Educativo (tanto público como concertado o privado), se solicitará a los Equipos de Orientación Educativos y Pedagógicos (EOE), que se realice una valoración del niño mediante la observación del mismo, entrevista con la familia/padres/tutores y la utilización de instrumentos y escalas de conducta para padres y profesores”⁽¹⁾

⁽¹⁾Para dar cumplimiento a este precepto, sería conveniente estudiar la posibilidad de que desde la Dirección General de Orientación Educativa, se establezcan *instrucciones claras y precisas* para que cuando dicha sospecha, planteada tanto por el tutor docente como por el orientador, a la Dirección de los Centros Educativos, ésta tenga la **obligación** de solicitar la valoración del niño por el Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógico, en el menor plazo de tiempo posible.

“Una vez valorado el menor por el Equipo de Orientación Educativo, se realizará un informe con los resultados de todas las pruebas y las conclusiones al respecto”.

“Confeccionado el citado informe por el E.O.E., se comunicará el resultado de la evaluación a la Dirección del Centro Educativo y a los Padres/Tutores del menor, solicitando de éstos últimos su consentimiento informado para la derivación del informe al servicio de Pediatría si de dicha valoración se deduce la presencia de indicadores que pudieran señalar que se tratase de un caso de TDAH”⁽²⁾

“En el caso de que los Padres/Tutores del menor, no den su consentimiento para que el informe confeccionado por el E.O.E., sea derivado al servicio de Pediatría, se realizará un informe de derivación de dicha circunstancia a la Unidad de Trabajo Social de su Centro de Salud y a los Servicios Sociales Comunitarios, para su valoración conjunta”⁽³⁾.

5.2. ACTUACIÓN EN EL ÁMBITO DE SALUD.

“Una vez sea derivado el informe del E.O.E. al servicio de Pediatría, será el pediatra el que, a través de su consulta, detectará y determinará qué casos de los remitidos presentan las características específicas de este trastorno o, en su caso, la presencia de indicadores de otro u otros trastornos, realizando un diagnóstico diferencial valorando la posible presencia de otros trastornos”⁽⁴⁾.

“En la evaluación pediátrica, se tendrá en cuenta el informe de derivación realizado por el E.O.E., así como los antecedentes familiares, experiencias y recuerdos personales, tanto del paciente como de los padres o tutores, valorando el pediatra la posible necesidad de realizar exámenes clínicos complementarios”.

“Si de la evaluación pediátrica se determina que el menor no padeciera el TDAH, se informará a los padres o tutores, y se remitirá informe del resultado al E.O.E. para su intervención escolar”.

⁽²⁾ Sería conveniente que se determinara un plazo para que se llevara a cabo la valoración del menor por el E.O.E.

⁽³⁾ De la remisión de dicho informe a los Trabajadores Sociales correspondientes, se debe de informar a los padres/tutores por escrito, indicándoles tanto de sus obligaciones conforme al artículo 39.3 de la Constitución, como de las posibles consecuencias que podrían dimanar de la falta de atención a la problemática que presenta el menor.

⁽⁴⁾ Para esta derivación del informe elaborado por el E.O.E. a los servicios de Pediatría, se requiere la coordinación entre las Consejerías de Educación y de Salud, al objeto de que se determine el procedimiento adecuado para que se lleve a cabo.

“Si el resultado de la evaluación pediátrica mostrara indicadores de que el menor pudiera padecer un posible caso de TDAH, se informará a la familia, solicitando su consentimiento informado para: 1. Tratamiento médico 2. Traslado a segundo nivel (Unidad de Salud Mental Comunitaria “USMC”), si procede, la posterior derivación del menor a la Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil (USMI)”.⁽⁵⁾

“En el caso de que los Padres/Tutores del menor, no den su consentimiento para que el informe confeccionado por el Pediatra, sea derivado a la Unidad de Salud Mental, se notificará dicha circunstancia a la Unidad de Trabajo Social de su Centro de Salud y a los Servicios Sociales Comunitarios, para su valoración conjunta”.

“Una vez sean recibidos en la Unidad de Salud Mental, todos los informes sobre la valoración de un posible caso de TDAH, tanto el informe dimanante del E.O.E. como el del servicio de Pediatría, se procederá a la valoración del menor por los profesionales de Salud Mental, al objeto de determinar un Diagnóstico positivo de TDAH en los casos que se presenten de forma clara e inequívoca las características de este trastorno o, en su caso, diagnosticar cualquier otro problema o trastorno, permitiendo de esta forma el diseño de un Plan Interdisciplinar de Actuación y Seguimiento del menor”⁽⁶⁾.

“Cuando el resultado de estas evaluaciones concluye con un diagnóstico positivo de TDAH, el profesional de Salud Mental iniciará el tratamiento y elaborará un informe con dicho diagnóstico, siendo remitida copia del mismo al servicio de Pediatría que lo derivó, al E.O.E., que inició la primera valoración, y al Trabajador Social de su Centro de Salud, para su posterior seguimiento, proporcionando a los padres/tutores toda la información necesaria para el seguimiento”⁽⁷⁾.

⁽⁵⁾ Sería conveniente que por parte de la Consejería de Salud, se determinaran instrucciones concretas, para que los servicios de Pediatría, confeccionen un detallado informe con indicación de las pruebas realizadas y que junto al informe inicial derivado de los Equipos de Orientación Educativa, éstos sean remitidos a la USMC, siendo necesario que Sanidad esté dotada de una infraestructura apta para menores.

⁽⁶⁾ Sería necesario el establecimiento de unos plazos determinados desde la Consejería de Salud, para que todos estos procedimientos y reconocimientos se realicen en la mayor brevedad posible, pues se trata de un trastorno que demanda una intervención prolongada en el tiempo, por lo que un retraso en el diagnóstico supone retrasar el inicio del tratamiento con el consiguiente perjuicio que esto puede suponer tanto en su proceso de aprendizaje como en sus relaciones sociales.

⁽⁷⁾ En todos los casos, la referencia a los servicios de Pediatría se entiende **extensiva** a los profesionales de Medicina de Familia, según corresponda por edad y/o adscripción del paciente.

6. POST-DIAGNÓSTICO

6.1 ACTUACIÓN EN EL AMBITO EDUCATIVO.

Una de las primeras consideraciones que desde las asociaciones de padres y afectados por el TDAH planteamos que debería de ser tenida en cuenta en lo concerniente al ámbito educativo, es la ***necesidad de que la regulación normativa entorno a la actuación en la educación, sea aplicable en todas las modalidades de Centros educativos tanto públicos, concertados como privados***, ya que en atención a la diversidad del alumnado, la Orden de 25 de julio de 2008, sólo es aplicable en los centros docentes públicos.

6.1.1 Instrumentos para facilitar el acceso curricular.

En nuestra Comunidad Autónoma, en el ámbito educativo, el TDAH es considerado como un Trastorno grave de Conducta y por lo tanto los alumnos diagnosticados con el TDAH están recogidos por los Equipos de Orientación Escolar (E.O.E) como alumnos con Necesidad Educativa Especial (N.E.E). Sin embargo el TDAH debe de estar en un apartado exclusivo en el SENECA, y no integrado en el trastorno de conducta (ya que no todos los afectados por el TDAH tienen dicho trastorno).

Por lo tanto, una vez sean notificados los E.O.E., a través del informe remitido por la Unidad de Salud Mental del diagnóstico positivo de TDAH de un alumno perteneciente a alguno de los centros educativos de los que realiza su gestión, sería conveniente que aunque no fuera necesario aplicar el programa de adaptación curricular significativa, se encargasen de la ***inclusión de estos alumnos en el programa SENECA como alumnos con necesidades educativas especiales***, y a su vez notificar dicha situación al equipo educativo del Centro, para que tenga el conocimiento de dicha situación al objeto de determinar, atendiendo a cada caso, su posible inclusión en grupos de necesidades especiales, desarrollando si fuera preceptivo, una adaptación curricular significativa o no significativa.

6.1.2 Adaptación metodológica

Habría que tener presente que con la sola elaboración de una Adaptación Curricular no es suficiente, pues una vez elaborado el documento, si no se analiza la forma de llevarlo a la práctica en el Aula, se convierte en un instrumento sin eficacia.

A esto hay que añadir, que además de las carencias formativas que pueden ir dándose en estos alumnos, con el paso del tiempo, pueden llegar a producirse circunstancias conflictivas en el ámbito escolar, debidas fundamentalmente a ciertas actitudes impulsivas características de este trastorno, que a consecuencia de carencias en habilidades sociales, les hace verse involucrados en faltas disciplinarias con aplicación del correspondiente Régimen Interno del Centro Educativo en el que se encuentra.

En los casos que proceda, el plan de intervención escolar del menor tras el diagnóstico de TDAH debería recoger y contemplar acciones específicas que faciliten y favorezcan la integración en la vida escolar diaria (recreos, actividad física, excursiones y salidas del centro, fiestas fin de curso, etc).

Los E.O.E, como especialistas en Pedagogía, deberían formar e informar, tanto a los tutores de alumnos con TDAH, como al profesor de la Pedagogía Terapéutica, de la Metodología necesaria para llevar a cabo con éxito las Adaptaciones Curriculares, así como la forma de resolver los posibles conflictos disciplinarios generados por estos alumnos en el ámbito escolar.

Por todo lo cual, ***sería necesario que las adaptaciones curriculares llevaran consigo un Anexo de Metodología, circunstancia que es preceptiva según el Decreto que rige las Adaptaciones Curriculares, donde se detallan las actividades precisas que se van a realizar, así como el enfoque pedagógico y metodológico necesario, incluyendo los métodos más adecuados para la resolución disciplinaria de conflictos en los que se vean involucrados estos menores.***

Para lograr este fin, también ***sería recomendable que se creara un banco de recursos y estrategias a disposición del profesorado para atender la diversidad del alumnado y conseguir una mejor utilización de los mismos.***

6.1.3 ACTUACIÓN DE LA CONSEJERÍA DE EDUCACION

6.1.3.1 Ayuda y apoyo económico a las familias

Teniendo en cuenta la recomendación unánime de un tratamiento multimodal de los afectados con TDAH, así como la gran prevalencia del mismo; ***sería recomendable la inclusión explícita del término TDAH en los formularios de Solicitud de ayudas económicas para alumnos con Necesidades Educativas Especiales, así como un aumento presupuestario para las mismas, favoreciendo el tratamiento psicopedagógico complementario para estos alumnos.***

6.1.3.2 CONTROL

Con el fin de velar por el cumplimiento de las disposiciones indicadas en el protocolo de actuación concerniente al ámbito Educativo, deberían ***implicarse a los sistemas de Inspección Educativa***, para que velasen por el cumplimiento de las disposiciones indicadas en dicho protocolo.

6.1.3.3 FORMACIÓN.

Teniendo en cuenta la importante labor que han de desempeñar los docentes en la atención educativa de estos menores, consideramos que sería de gran importancia la ***implantación de una formación permanente y obligatoria del profesorado***, especialmente en los docentes de las primeras etapas educativas, encaminada al conocimiento del TDAH, para que puedan detectar los posibles casos y adquieran los conocimientos docentes necesarios para una atención adecuada a los alumnos que presentan este trastorno, aplicando posibles adaptaciones curriculares que permitan la normal integración de estos alumnos con el resto del sistema educativo.

6.1.4 ATENCIÓN EN LA EDUCACION REGLADA NO OBLIGATORIA.

Como consecuencia del carácter crónico del TDAH y de la persistencia de la problemática que estos menores (jóvenes) van a seguir manifestando aun terminada la etapa de enseñanza obligatoria, al objeto de poder garantizar la plena integración social de los mismos en igualdad de oportunidades conforme a sus necesidades así como la posibilidad de que puedan seguir formándose, a la hora de aplicar o diseñar diferentes normativas en cuanto a estas etapas superiores de enseñanza, se plantea la posibilidad de tener en cuenta ciertas consideraciones que se presentan a continuación.

6.1.4.1 ÁMBITO EDUCATIVO SUPERIOR NO UNIVERSITARIO.

Al tratarse de alumnos que según los casos, pueden llegar a requerir incluso la aplicación de una adaptación curricular significativa durante el periodo de Enseñanza Obligatoria, una vez que se logren superar los conocimientos y requisitos requeridos en la etapa de Enseñanza Social Obligatoria, se presenta la posibilidad de que el alumno prosiga formándose tanto en Bachiller como realizando un Grado de enseñanzas profesionales.

Ciertamente, es necesario tener en cuenta el grado de afectación del alumno y las dificultades que en cada caso supone el lograr superar con éxito las siguientes etapas formativas, porque ya no forman parte de la enseñanza obligatoria, pero si llegado a este punto el alumno decide proseguir su formación, deberían de seguir siendo tenidas en cuenta sus carencias como en cualquier otro tipo de situación especial.

Por tal motivo ***es necesario valorar con el mismo criterio y rigor en toda la Comunidad Autónoma, la cualificación y formación lograda incluso con una adaptación curricular, a la hora de determinar la finalización del periodo de Enseñanza Obligatoria que les permita el acceso a estudios de rango superior, adjuntándose al expediente tanto por el Director del Centro como por los Equipos de Orientación Educativa, un certificado en el que se indiquen las necesidades educativas del alumno y los recursos y apoyos recibidos.***

6.1.4.1.1 Acceso al Grado Medio y Grado Superior de enseñanza profesional.

Con la finalidad de que la nota del expediente, no sea un impedimento para estos alumnos a la hora de determinar quienes de los solicitantes acceden a realizar este tipo de enseñanzas, ***sería conveniente establecer que el TDAH sea tenido en cuenta como discapacidad por el Distrito Único de baremación a la hora de determinar el acceso a los estudios tanto de Grado Medio, como de Grado Superior de enseñanzas profesionales.***

6.1.4.2 ÁMBITO SUPERIOR O UNIVERSITARIO.

6.1.4.2.1 Pruebas de acceso adaptadas.

La merma en la capacidad de atención y las pocas habilidades de narración escrita que tienen los jóvenes que padecen el TDAH, así como el hecho de que suelen responder de forma impulsiva, se distraen con facilidad, tienen un discurso desordenado y dificultades para organizar bien su tiempo, ocupándose poco de los aspectos relevantes y demasiado de los detalles más insignificantes, son circunstancias que hacen que los estudiantes con TDAH no tengan posibilidad de acceder a estudios universitarios porque fracasan en la selectividad, lo que supone un impedimento funcional, además de un factor de exclusión en esos alumnos.

Para subsanar esta situación claramente discriminatoria, ***se debería de adaptar el examen "Prueba de acceso a la Universidad o PAU, o cualquier tipo de prueba de acceso" de forma que se disponga de más tiempo para hacer los exámenes, mejor situación en las aulas para evitar distracciones y control específico por parte de los tutores encargados del aula en la que realicen los exámenes, inclusión de preguntas abiertas con opciones múltiples de respuesta para evitar que estos estudiantes tengan que hacer un sobreesfuerzo narrativo.***

Igualmente y con la misma finalidad, ***este tipo de exámenes deberían de ser corregidos por personal conocedor del trastorno, de las repercusiones lingüísticas que éste tiene y de las peculiaridades propias de estos alumnos.***

6.1.4.2.2 Inclusión en cupos de reserva o especiales.

Conforme a lo establecido en el Real Decreto 1892/2008 (vigente a partir de 2010), donde se regulan las condiciones de acceso a las enseñanzas universitarias oficiales de grado y los procedimientos de admisión en universidades públicas españolas.

Como quiera que en esta norma, se indica que las Universidades deberán reservar una serie de plazas en aquellos Centros en que se haya establecido limitación para atender a determinadas demandas denominados cupos de reserva o especiales.

En atención al contenido del artículo 51 de dicho precepto legal, ***sería necesario que se estableciera por las Universidades de la Comunidad Autónoma Andaluza, la creación de un cupo de plazas reservadas o especiales, designadas a alumnos con TDAH.***

Para facilitar tal acceso, una vez finalizado el Bachiller o estudios que den acceso al inicio de un grado universitario, sería conveniente que desde la Consejería de Educación se dieran las **instrucciones pertinentes para que junto al expediente del alumno diagnosticado con TDAH, se le facilite un informe elaborado por los Equipos de Orientación Educativa, así como un certificado por el Director del Centro educativo en el que se hagan referencia a las necesidades educativas del alumno y los recursos y apoyos recibidos**, al objeto de que pueda solicitar acogerse a este cupo de plazas y que a su vez pueda comunicar su situación y necesidades de cara a las pruebas al departamento de los Servicios de Orientación Universitarios de cada Universidad.

6.2 ACTUACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO.

Si bien, nuestro Estatuto de Autonomía, en su artículo 22, contempla que las personas con enfermedad mental tendrán derecho a actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes (BOJA 20/03/2007), no se hace mención a diferenciación alguna del tratamiento especial que se ha de dar a las enfermedades mentales en la infancia.

Una de las mayores carencias de la Medicina en nuestro país, ha sido la ausencia de especialistas en Psiquiatría Infanto-juvenil, esto ha motivado varios problemas a lo largo de los años, por un lado el sobreesfuerzo personal de especialistas en psiquiatría, en neurología y en pediatría, que se han visto obligados a complementar su formación fuera de nuestras fronteras para atender este tipo de trastornos tan frecuente en la infancia, y por otro lado, la impotencia de muchas familias que al no pertenecer al sistema público de Salud, por motivos laborales, como es el caso de los afiliados al ISFAS, MUFACE etc., se ven obligados a deambular entre especialistas de la Psiquiatría y la Neurología de adultos, sin formación en Psiquiatría infantil, cuando sus hijos presentan este trastorno, siéndoles denegadas sus solicitudes para que sean declinados a la Seguridad Social.

Por lo indicado y para dar una correcta atención a todos los ciudadanos por igual, y en especial atención a la infancia, ***en tanto sean convocadas las oposiciones en el MIR para la especialidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil que fundamente la demanda de tal especialidad por parte de los sistemas sanitarios como el ISFAS, MUFACE a las compañías privadas a través de las cuales atienden a sus afiliados, ante la situación determinada en el apartado 5.1 del pre-diagnóstico, sería conveniente que se estableciera la declinación y atención directa del menor en el sistema público de salud, aun no perteneciendo ninguno de sus tutores a tal sistema sanitario.***

Ciertamente, es de reconocerse la labor de la Administración con la creación en el sistema del Sistema Sanitario Público de las Unidades de Salud Mental, unidades que si bien gozan de una positiva valoración por parte de los usuarios, se aprecian carentes de personal y medios para la atención que se demanda.

Por tal motivo, consideramos que ***es necesario estudiar la posibilidad de mejorar los medios de las Unidades de Salud Mental, y ampliar el número de especialistas en Psiquiatría Infantil dedicados en exclusividad al diagnóstico y tratamiento de los diferentes trastornos psiquiátricos presentes en la infancia entre los que se encuentra el TDAH.***

6.2.1 Tratamiento.

El TDAH generalmente suele ir acompañado de otros posibles trastornos y dificultades de los cuales algunos pueden incluso haberse generado por un retraso en la detección y tratamiento del problema, por tal motivo, consideramos que con el Diagnóstico no ha de finalizar la intervención de las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil, por lo que tras el mismo ha de determinarse una evaluación cíclica para comprobar la evolución y posible modificaciones en el tratamiento.

La determinación del espacio de tiempo recomendable para realizar evaluaciones sobre la evolución del afectado, es determinada por los profesionales que se encargarán del mismo en las Unidades de Salud Mental atendiendo a las afecciones y gravedad del caso.

Teniendo en cuenta que en ocasiones estas evaluaciones de control y seguimiento, en la actualidad se alargan mucho en el tiempo, consideramos que sería necesario dotar de los suficientes medios a los servicios de las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIs), al objeto de poder ***determinar un control de seguimiento más frecuente, que al menos garantizara una revisión semestral a los casos de menos gravedad y revisiones más periódicas a los casos que excepcionalmente lo requieran.***

Como a tenor de los resultados de los estudios científicos llevados recientemente a cabo tanto en el National Institute of Mental Health, Bethesda, Estados Unidos, como en el Instituto de Psiquiatría Kings College de Londres, quedó patente que en los casos de TDAH hay un retraso en el crecimiento de la corteza cerebral que puede variar de entre 3 o 5 años, y teniendo en cuenta que no es el trastorno habitual que se trata en las Unidades de Psiquiatría de Adultos, ***sería aconsejable que se determinara el seguimiento y tratamiento de los jóvenes con TDAH en las Unidades de Salud Infanto-Juvenil como mínimo hasta la mayoría de edad e incluso si es posible hasta los 20 años.***

Teniendo en cuenta el carácter crónico del trastorno, se hace necesario la coordinación y traspaso de todos los informes de seguimiento del menor con TDAH en el paso de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil a la USM de Adultos, para garantizar la continuidad del tratamiento.

Aunque el tratamiento es determinado por el equipo que realice el Diagnóstico, teniendo en cuenta el carácter multimodal que realmente garantiza los mejores resultados en la mejora de estos pacientes, se debería ***aplicar en la medida de lo posible las combinaciones de la intervención farmacológica, con la psicológica, el apoyo pedagógico y el apoyo social.***

En cuanto al tratamiento psicológico y psicopedagógico, se requiere que existan los suficientes recursos públicos para no tener que recurrir al ámbito privado, es decir, para cubrir con la **suficiente periodicidad e intensidad** el abordaje de las necesidades en habilidades sociales, de comunicación, de autonomía, de desarrollo emocional, estrategias de control de la impulsividad, estrategias de capacidad de concentración, etc. **que se dan a lo largo del desarrollo del menor.**

En lo concerniente al tratamiento farmacológico, si bien sería recomendable que el mismo fuera prescrito una vez diagnosticado el TDAH por profesionales del ámbito de la salud especializados en Psiquiatría o Neurología, bien es cierto que en ocasiones, ante las especiales características del paciente, y ante profesionales de Pediatría con suficiente formación en el conocimiento del tratamiento de este trastorno, **puede ser recomendable el inicio del tratamiento farmacológico controlado por el Pediatra, mientras se concluye el proceso de evaluación y diagnóstico en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.**

Asimismo, *es necesario que se incluya la formación en TDAH en los planes y programas de formación continuada de los servicios sanitarios tanto de Atención Primaria como de Especializada.*

6.3 ACTUACIÓN EN EL ÁMBITO DE BIENESTAR SOCIAL.

Teniendo en cuenta las necesidades especiales de atención que demandan las personas con TDAH, sobre todo durante la infancia y adolescencia, y que esto supone un grave deterioro de la calidad de vida tanto de los cuidadores como de los tutores, padres y resto del ámbito familiar, **sería necesario establecer una unificación de criterios en el ámbito autonómico, para que cuando un afectado por el TDAH solicite su valoración por los Centros de Diagnóstico de baremación, se le reconozca al menos el grado de discapacidad suficiente (33%), que permita a sus cuidadores, acogerse a las ayudas y apoyos contemplados en la Ley de Dependencia.**

Partiendo del Plan Individual de Actuación (P.I.A) de los afectados por TDAH acogidos a los derechos que ofrece la Ley de dependencia, surge la necesidad de abrir en nuestras provincias **Unidades de Día para afectados de TDAH. Así mismo, sería necesario impulsar una nueva figura o modelo de centro para menores con problemas de conducta, sería necesaria la creación de Unidades de Tarde** para completar el tratamiento multidisciplinar para estas familias al que tienen derecho.

6.4 ACTUACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA JUSTICIA.

Por las características de algunos de los síntomas de este trastorno como la impulsividad o la falta de atención, algunos jóvenes y adolescentes afectados por el TDAH, pueden llegar a tener accidentes, dificultades y problemas por conductas antisociales, favorecidas por la desatención del trastorno.

Según estudios científicos realizados en nuestro país en drogodependencia, se ha determinado que en torno al 25-30% de las personas que tienen problemas con las drogas es consecuencia secundaria de la existencia de un TDAH.

Por lo general, el sistema judicial no está adaptado para solucionar problemas provocados por jóvenes con TDAH que precisan de una mediación y de un tipo de atención especial. El hecho de que la mayoría de las personas con TDAH que entran en el circuito penal sean drogodependientes, hace que esa adicción sirva de atenuante y en lugar de ingreso en prisión por los delitos cometidos, se apliquen medidas alternativas que les permitan recibir una atención sanitaria en el ámbito comunitario.

Y teniendo en cuenta que en la mayoría de los procedimientos en los que se ven involucrados la mayor parte de los jóvenes con TDAH durante la adolescencia, son seguidos por las Fiscalías de Menores en aplicación de la Ley de Responsabilidad Penal del Menor, **sería conveniente desarrollar campañas de sensibilización y formación dirigidas a los agentes de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado que desarrollan sus actuaciones con menores en el ámbito autonómico**, (EMUME en Guardia Civil, GRUME en Policía Nacional, y Policía Local), así como **sensibilizar y formar a los profesionales del ámbito judicial y en especial los Equipos Técnicos de valoración de las Fiscalías de Menores, acerca del modo en que el TDAH puede repercutir en las conductas delictivas de estos menores.**

7. COORDINACION ENTRE LAS ADMINISTRACIONES Y PERSONAS IMPLICADAS.

Tras todo lo expuesto, se deduce la necesidad de coordinación entre las diferentes administraciones implicadas en el proceso que nos ocupa, así como la coordinación de las mismas con los familiares/cuidadores de los afectados.

7.1 Entre la Dirección de los Centros Educativos y las familias.

Sería necesario que se determinaran instrucciones claras y concisas para que el personal de Dirección, tanto de los Centros Educativos Públicos como los mantenidos en parte por fondos públicos (Privados concertados) y los Privados, dotando de recursos necesarios, tengan la obligación de:

- Dar una atención individualizada a los casos que bien por demanda del profesor o bien por demanda de los padres/tutores, presenten un posible caso de TDAH.
- Facilitar toda la información orientativa tanto a la familia como al profesorado en los pasos a seguir en lo que afecta al sistema educativo.
- Solicitar “sin demoras injustificadas” de los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógico, que se estudie individualmente cada caso y evalúen si se confirma la presencia de indicadores que pudieran señalar que se trate de un posible caso de TDAH.

7.2 Entre la Consejería de Educación y las Unidades de Trabajo Social Comunitario.

Se precisa de la intervención de los Trabajadores Sociales en base a sus competencias y en garantía de velar por los derechos de los menores, cuando sean requeridos por los E.O.E., ante la negativa de los tutores a la declinación de un menor que se encuentra bajo su patria potestad, o bien por los servicios sanitarios encargados de la evaluación y diagnóstico de un posible caso de TDAH.

Solicitamos, por consiguiente, el apoyo de las Administraciones Públicas para la creación de Unidades de estancia diurna para afectados por TDAH en colaboración con las asociaciones de afectados

7.3 Entre la Consejería de Educación y la Consejería de Salud.

Para que se regule el proceder de los E.O.E., y los cauces y criterios de comunicación del resultado de su actuación a través de los pertinentes informes para su tramitación a los responsables de salud encargados de valorar un posible diagnóstico, Pediatras, Trabajador Social de Salud, Neurólogos, USMIJ, etc.

Para que ante la necesidad de que se dé eco de este diagnóstico en la sociedad, al objeto de lograr que a la mayor brevedad posible, los afectados sean vistos con total normalidad, de la misma forma que vemos a cualquier persona que padece otra minusvalía, **se fomenten, diseñen y desarrollen campañas informativas** que permitan ampliar la información sobre este trastorno, así como su detección, diagnóstico, tratamiento y consecuencias, que faciliten la normalización e integración social de los afectados.

En este sentido, se considera necesario que se incluya específicamente el TDAH en Planes y programas aprobados por el Gobierno y Parlamento andaluces, como son el Plan Andaluz de Salud, el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía, el Plan de apoyo a las familias, Planes de Participación Ciudadana, entre otros.

06 de noviembre de 2010

Juan Quirós Cantos
Presidente

Concepción Alcántara Ruiz
Secretaria

